

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 89.

De la gravité opératoire
DE LA
GASTRECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PAYOT

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Sallanches (Hte-Savoie), le 9 octobre 1885



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 48

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 89.

De la gravité opératoire
DE LA
GASTRECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 mai 1913

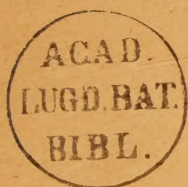
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PAYOT

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né à Sallanches (Hie-Savoie), le 9 octobre 1885



LYON

IMPRIMERIE J. PONCET

Rue François-Dauphin, 18

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	{ PONCET
	JABOULAY
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies mentales.	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants.	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.	LESIEUR
Anatomie pathologique.	PAVIOT
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	LACASSAGNE
Hygiène.	COURMONT (J.)
Thérapeutique.	PIC
Pharmacologie.	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE JOSSEMAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET,	—
Déontologie et médecine professionnelle	(El.) MARTIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienné MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
GAYET	VORON	THEVENOT	UILLEMAND.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER	PIERY, ch...
PATEL	LATARJET	CADE	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON, A., *Président* ; BÉRARD, *Assesseur* ;
MM. PATEL et LAROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

*Témoignage de ma profonde affection
et de ma vive reconnaissance.*



Observation 67.
Néoplasme-Gastrique.
Opération, le 25 Septembre 1912.

AVANT-PROPOS

Nous tenons à remercier ici Monsieur le professeur Pollosson d'avoir eu l'amabilité de présider notre thèse ; et MM. Bérard, Laroyenne et Patel, d'avoir bien voulu se joindre à lui.

M. le docteur Delore nous a guidé dans ce travail ; pendant les six mois que nous avons passés dans son service, il a pu nous faire comprendre la réalité des idées que nous soutenons ici ; nous le remercions du soin qu'il a mis à nous aider dans notre tâche.

Notre reconnaissance est également tout acquise à M. le professeur Bérard, dans le service de qui nous avons passé nos six derniers mois d'internat.

Nous prions M. le docteur Devic de bien vouloir accepter ici tous nos remerciements pour les enseignements qu'il nous a donnés dans son service et pour la bonté qu'il a toujours eue pour nous.

Nous tenons également à remercier MM. Laroyenne et Leriche de l'amabilité qu'ils nous ont témoignée.

Nous sommes reconnaissant à nos amis de l'internat du plaisir que nous avons eu en leur compagnie ; le souvenir de nos maîtres et le leur nous sera toujours très précieux.

INTRODUCTION

La mortalité opératoire de la gastrectomie est plutôt forte. Aussi ce n'est qu'après de longues hésitations que le médecin la conseille. Il ne se résoud souvent à cette intervention pour son malade que lorsque les symptômes lui forcent un peu la main. Le chirurgien se trouve alors devant une tumeur adhérente, dont les ganglions ont transporté au loin la lésion; il peut alors faire simplement une gastro-entéro-anastomose; mais si la gastrectomie est tentée, elle l'est dans des conditions certainement moins favorables qu'elles ne pourraient être.

Nous avons essayé de montrer, en présentant 72 malades, que cette opération, dans certaines circonstances, ne mérite pas sa mauvaise réputation.

Nous n'avons envisagé que la gravité opératoire immédiate, laissant volontairement de côté les résultats lointains.

Il nous semble que chez un malade pas trop cachectique, pris à temps par un chirurgien qui fait minutieusement ses sutures, l'opération doit non seulement ne pas tuer le malade, mais lui permettre une survie dans des conditions d'existence normales.

Par conséquent, on doit faire bénéficier de cette chance tout néoplasme de l'estomac au début.

Ce qui nous a attiré dans ce travail est de pouvoir nous baser sur un nombre important d'observations. Ces 72 malades sont cependant peu nombreux, si on les compare à une statistique globale; mais ils ont été opérés par le même chirurgien; ils sont présentés dans l'ordre d'intervention. C'est ainsi que l'on voit la mortalité s'abaisser à mesure que la technique se précise.

Cette mise au point de la technique opératoire ne se fait pas d'une seule fois; c'est une œuvre de patience, d'opiniâtreté; et c'est bien pour cette intervention qu'il ne faut pas se laisser décourager.

Il est bien évident qu'une simple gastro-entéro-anastomose est plus vite faite; nous admettons également qu'elle est très utile; mais une gravité opératoire de 33 p. 100 environ est aussi et même plus forte que celle de la gastrectomie. Cependant ces chiffres n'ont qu'une valeur relative puisque, de ces deux interventions, l'une est une intervention d'urgence et ne choisit pas ses cas.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La gastrectomie est une opération qui a fait l'objet de nombreuses publications et très bien réglées. Cependant certains détails diffèrent suivant les chirurgiens ; ces détails ont parfois une importance considérable, c'est pourquoi nous avons tenu à bien préciser la technique suivie par M. Delore, en opérant les malades que nous présentons dans ce travail. Nous avons puisé largement dans la thèse de M. Leriche, où la même technique est exposée avec beaucoup de clarté.

EXPLORATION

Laparotomie sus-ombilicale médiane ; on examine ensuite les deux orifices : pylore et cardia ; la face antérieure de l'organe est rapidement palpée ; pour examiner la face postérieure, il faut effondrer le grand épiploon. Une fois l'exploration finie, un aide doit tirer progressivement sur l'estomac ; il arrive ainsi, par une traction continue, à rendre plus accessible toute la région de la petite courbure, et facilite beaucoup la tâche du chirurgien.

HÉMOSTASE AVANT LA PREMIÈRE SECTION

Si l'on reconnaît une tumeur opérable, la première chose à faire est de lier les artères se rendant au segment à réséquer.

Ligature de la coronaire stomachique. — Il faut passer la main dans l'arrière cavité des épiploons, et là en explorer la paroi latérale. On sent alors la faux de la coronaire, formée par le péritoine; cette recherche peut être gênée par des ganglions qui encerclent l'artère d'une gangue néoplasique ou inflammatoire. Avec l'aide de la main exploratrice on charge l'artère sur l'aiguille de Deschamp.

Leriche et Ancel donnent comme point d'élection de la ligature un point situé à deux centimètres en aval de la naissance des rameaux qui se rendent au foie et à l'œsophage. Il faut lier non seulement le tronc principal, mais encore toutes les branches; il faut lier aussi les veines, sous peine de voir des hémorragies qui sont difficiles à arrêter et retardent le chirurgien.

Ligature de la gastro-épiploïque. — La gastro-épiploïque et ses veines se lient très simplement, au niveau de la future section; cette section sera plus ou moins étendue suivant la surface des parties lésées et l'aspect des chaînes ganglionnaires. Il faut savoir qu'à côté de ganglions franchement néoplasiques, il se trouve souvent des chaînes ganglionnaires simplement inflammatoires.

PREMIÈRE SECTION DE L'ESTOMAC

Au point choisi, on place quatre pinces de Doyen, deux en haut et deux en bas, parallèles à la ligne de section et la bordant de part et d'autre, en empiétant les unes sur les autres.

Ces pinces serrées à bloc ne traumatisent pas assez l'estomac pour que l'emploi de tubes de caoutchouc recouvrant leurs mors soit indispensable.

L'aide glisse sous l'estomac une compresse billot, et veille à ce que la surface à sectionner émerge seule des compresses.

Les ciseaux qui coupent l'estomac sont mis à part; un des aides éponge rapidement les tranches gastriques, tandis que l'autre relève les pinces de manière à ce que le liquide ne coule pas sur le champ opératoire.

Le moignon pylorique est alors enfoui sous des compresses, on enlève rapidement la gaze souillée; le chirurgien et ses aides changent de gants après la première suture de l'estomac.

SUTURE DU MOIGNON CARDIAQUE

Les sutures sont le point important et délicat de l'intervention. C'est surtout là que le chirurgien modifie peu à peu sa technique et arrive à pratiquer des sutures étanches et résistantes.

Pour tous les malades que nous présentons, la suture a été faite à trois plans, à l'aiguille de couturière et au catgut fin, n° 00 ou n° 0.

Depuis que M. Delore fait trois plans au catgut 00, il n'a pas eu de fistules post-opératoires.

Le premier plan est muquo-muqueux, le deuxième plan musculaire-séreux, le troisième plan séro-séreux.

Les points sont réguliers et serrés, les bouts sont noués au commencement et à la fin de chaque surjet, et ne sont pas liés aux extrémités libres des fils du surjet précédent ou suivant.

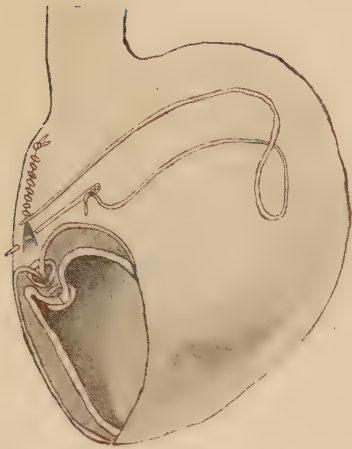
Le troisième plan est un plan d'enfouissement, il adosse la séreuse à la séreuse, et cette suture forme un plan protecteur, au-dessus de la suture musculo-séreuse qui s'enfonce et s'invagine sous cette dernière. Cette manière de faire donne de petits moignons très maniables pour les manœuvres qui suivent.

Au début et à la fin de la dernière suture, on fait enfouir les angles du moignon cardiaque au-dessous des premiers et des derniers points du surjet, comme on enfouit un moignon appendiculaire au-dessous d'un surjet en bourse.

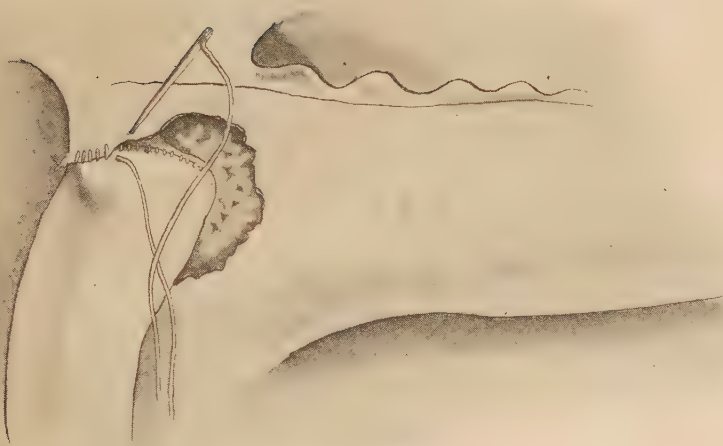
GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE

C'est à ce moment que M. Delore fait sa gastro-entéro-anastomose. Voici pourquoi :

Lorsque l'estomac, qui a été fortement attiré au dehors pendant la première partie de l'intervention, est abandonné à lui-même, il se rétracte peu à peu, le moignon cardiaque remonte sous les côtes.



Les 3 sutures de l'estomac :
 Muco-muqueuse ;
 Musculo-séreuse ;
 Sero-séreuse.
(Schématique).



L'enfouissement du moignon duodénal sous le péritoine pancréatique.
 IV^e Plan.

Il faut donc faire tout ce que l'on a à faire avec lui avant qu'il soit moins facile à manier.

Nous avons déjà fait remarquer que notre mode de suture laissait de petits moignons, parce qu'une partie de l'estomac est invaginée par elle. Ces deux facteurs combinés rendent une gastro-entéro-anastomose au bouton très facile et très rapide.

Bien vérifier son bouton avant de l'abandonner et se rappeler de la fréquence des abcès localisés autour du bouton qui devraient être souvent évitables.

HÉMOSTASE AVANT LA SECONDE SECTION

On rabat l'estomac sur la première portion du duodénum faisant charnière.

La pylorique doit être liée le plus près possible de l'hépatique, il faut la chercher sur la face antérieure du pancréas.

La gastro-duodénale doit être liée sur le bord supérieur du duodénum.

SECONDE SECTION : SECTION DU DUODÉNUM

La plupart des chirurgiens le sectionnent à 2 ou 3 centimètres du pylore. La section est pratiquée entre deux pinces de Doyen. Les mêmes précautions que pour la première section sont à observer, au point de vue compresses et instruments souillés.

MOBILISATION DU DUODÉNUM

Le moignon duodénal est profond; faire une suture minutieuse lorsqu'on est gêné par les organes voisins est difficile; aussi a-t-on cherché à élever la tranche duodénale vers les parties facilement accessibles du champ opératoire.

M. Leriche sectionne le péritoine sur le bord droit de la seconde portion et rabat, comme un volet, duodénum et tête du pancréas. Tout ceci se fait avec une facilité très grande. Un plan de clivage est vite trouvé et cette manœuvre ne s'accompagne pas d'écoulement de sang.

M. Delore donne un coup de ciseau en arrière du pylore sur le péritoine pancréatique, au moment où celui-ci va se réfléchir pour tapisser l'estomac.

Une fois cette incision faite, on libère d'un coup de doigt la portion initiale du duodénum de ses rapports avec le pancréas; on attire l'extrémité sectionnée, qui vient très facilement; on l'amarre aux deux extrémités avec deux pinces de Tufier. Le décollement est d'une facilité surprenante. Les deux pinces sont d'un grand secours pour faciliter la suture.

SUTURE DU DUODÉNUM

Suture à trois plans au catgut 00, comme pour la tranche gastrique.

PÉRITONISATION DE LA SURFACE DE DÉCOLLEMENT DUODÉNAL

Une fois la suture terminée, il reste à péritoniser la surface pancréatique mise à nu ; pour cela, on suture le péritoine de la face antérieure du moignon duodénal, au péritoine pancréatique situé au-dessus de la brèche.

On fait ainsi une suture à quatre plans, qui ne donnera pas ou peu de chances de fistulisation.

SUTURE DE LA PAROI

La paroi est suturée au catgut n° 1, avec des points en U pour la partie musculo-aponévrotique. Le tout est renforcé de fils métalliques prenant tous les plans.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

La période qui suit l'intervention est très importante au point de vue gravité opératoire. Ce sont des malades qu'il faut surveiller de très près.

Pendant les premières heures, il faut veiller au pouls ; les injections d'huile camphrée, de caféine sont d'un grand secours.

Le soir même ou le lendemain, si le malade présente des signes d'intolérance gastrique, s'il vomit et est météorisé, c'est que son estomac est probablement rempli de caillots.

L'avantage du lavage d'estomac fait à temps n'est plus à prouver. Il suffit de constater avec quelle rapidité les symptômes inquiétants disparaissent après cette intervention. La sonde rectale fait également disparaître le météorisme. Quant à l'alimentation, il faut les alimenter de bouillon pendant deux ou trois jours; puis reprendre peu à peu l'alimentation normale.

Si les sutures sont bien faites, il ne faut pas craindre leur fragilité, soit pour laver l'estomac le soir même, soit pour alimenter le malade après deux ou trois jours.

OBSERVATIONS

Les observations 1 à 43 ont été publiées, soit :

1 à 12, dans le Mémoire Poncet-Delore à l'Académie de Médecine;

1 à 18, dans la thèse de Leriche;

1 à 43 dans l'article de Delore et Alamartine (Chirurgie du cancer gastrique, *Lyon chirurgical*, 1909).

Les autres sont inédites.

Elles ont fait l'objet de présentations aux diverses sociétés par MM. les internes Cotte, Chalier, Gabourd, Ballivet, Rhenter, Arnaud, Devic, Perrenod, Rey, etc.

OBSERVATION 1. — F. 62 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Ulcéro-cancer prépylorique avec périgastrite. Souffre de l'estomac depuis dix ans par intermittences. Depuis quelques mois, douleurs intolérables localisées à la région épigastrique médiane et gauche, à paroxysmes capricieux ; amaigrissement, dégoût pour les aliments. Jamais de vomissements, ni hématé-mèse, ni mélèna. On perçoit une tumeur au-dessous du rebord des fausses côtes à gauche. Hyperchlorhydrie. Poussées fébriles coïncidant avec une accentuation notable des douleurs.

Interventions. — 1^o 30 août 1902 : Libération d'adhérences. Amélioration passagère. 2^o 6 novembre 1902 : Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton. Amélioration passagère. 3^o 20 mars 1903 : Pyloro-gastrectomie. Billroth II.

On laisse un tamponnement à la Mickulicz au contact de la tranche gastrique. Nouvelle gastro-entérostomie au bouton.

Suites opératoires et autopsie. — Au dixième jour, fistule gastrique, dénutrition rapide, mort au quinzième jour.

Examen histologique (Paviot). — Cancer glandulaire atypique.

OBSERVATION 2. — F. 61 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antre. Depuis six mois, douleurs vives au niveau du creux épigastrique, dégoût marqué pour la viande, amaigrissement. Jamais de vomissements, d'hématémèse, ni de mélæna. Depuis deux mois, tumeur au creux épigastrique.

Intervention (20 mai 1903). — Anesthésie discontinue. Pylorogastrectomie. Billroth II (gastro-entérostomie postérieure précolite au bouton), mèche au contact de la tranche duodénale. Durée : 65 minutes.

Suites opératoires. — La malade sort guérie au bout de vingt jours ; au moment de l'ablation de la mèche, il s'est produit une petite fistule duodénale qui s'est rapidement oblitérée. Actuellement, six ans après l'intervention, la malade est en excellente santé, elle mange de tout et se livre à un travail très pénible malgré ses 67 ans.

Examen de la pièce. — Tumeur de l'antre constituée par une large ulcération à bords calleux. Histologiquement : épithélioma glandulaire (Dor).

OBSERVATION 3. — F. 40 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer du pylore et de l'antre.

Intervention (5 août 1903). — Large résection pyloro-gastrique. Billroth II. L'estomac, très distendu, n'avait pu être vidé et lavé avant l'opération. La pince stomacale glisse tout d'un coup et du liquide s'écoule dans le ventre.

Suites opératoires. — Mort en vingt-quatre heures, de péritonite suraiguë.

OBSERVATION 4. — F. 64 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer du pylore. Troubles gastriques depuis quinze mois, vomissements depuis six mois ; amaigrissement considérable, teint jaune paille ; tumeur du volume d'une pomme, située à gauche et au-dessus de l'ombilic, très mobile.

Intervention (10 novembre 1903). — Pylorectomie. Billroth II (bouton).

Suites opératoires. — Sort le 10 décembre 1903, après des suites immédiates très simples ; allait bien en janvier 1905. Mort en mai 1905 de cause inconnue. Survie de dix-huit mois.

Examen de la pièce. — Tumeur sous-muqueuse du pylore sans ulcération vraie. Diagnostic histologique (Dor) : leiomyome malin.

OBSERVATION 5. — H. 69 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antre à marche lente. Depuis six ans, troubles gastriques vagues ; depuis un an, perte de l'appétit, douleurs intolérables, amaigrissement, teint jaune paille. Jamais de vomissement. Induration diffuse de l'hypocondre gauche ; pas de dilatation gastrique.

Intervention (3 février 1904). — Pas de lavage préalable. Anesthésie discontinue au Billroth. Pylorectomie. Billroth II (bouton). Adhérences avec le pancréas dont il faut réséquer un peu de tissu. A cause de l'abondant suintement sanguin qu'il y a eu, on laisse un petit drain.

Suites opératoires. — Simples. Cicatrisation en quinze jours ; le malade quitte le service le 17 mars, état excellent en juillet 1905. Récidive, en décembre 1905, sous la forme d'un noyau péritonéal au niveau du Douglas, vérifié par une laparotomie exploratrice (décembre 1905). Anus iliaque. Mort le 7 février 1906. Survie de deux ans et trois jours.

Examen de la pièce. — Ulcération circulaire à bords calleux, très profonde, prépylorique ; adhérences antérieures, en arrière envahissement du tissu pancréatique. Diagnostic histologique

(Paviot) : adhénome polypeux. Dans la sous-muqueuse apparaissent des boyaux épithéliaux qu'on retrouve en plein muscle gastrique. Ces mêmes boyaux, avec des boules de mucus, démontrent la malignité de cet adénome.

OBSERVATION 6. — F. 44 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antré à marche rapide, propagé au pylore. Troubles digestifs remontant à six mois ; perte de l'appétit, nausées après les repas, douleurs épigastriques. Depuis trois mois, vomissements quotidiens, jamais d'hématémèse ; perte des forces, amaigrissement, teint jaune paille. A droite de l'ombilic, tumeur mobile, estomac peu distendu, pas de sténose pylorique vraie.

Intervention (7 avril 1904). — Pylorctomie typique. Kocher.

Suites opératoires. — Simples. La malade sort le 27 avril ; l'état gastrique est excellent jusqu'en novembre 1904, où la malade recommence à vomir. Le 22 décembre, laparotomie ; la tumeur a récidivé dans la tranche gastrique et a oblitéré le nouveau pylore ; gastro-entérostomie postérieure au bouton. La malade meurt cachexiée le 30 mai 1905, sans avoir présenté à nouveau de la sténose. Donc, récidive au bout de six mois, mort au bout de treize mois.

Examen de la pièce. — Squirrhe fibreux, très dur, sans ulcération, formant un cylindre rigide de 8 centimètres de long, occupant le pylore et l'antré. Histologiquement (Dor) : épithélioma glandulaire colloïde.

OBSERVATION. 7 — H. 64 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer du pylore et de l'antré. Malade entre dans le service, le 25 juin 1904, pour une tumeur épigastrique sans troubles fonctionnels, si ce n'est de l'amaigrissement et de mauvaises digestions.

Intervention (1^{er} juillet 1904). — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Pylorectomie. Billroth II. Au moment de l'exérèse, il fallut limiter l'étendue de la résection par suite de la situation du bouton, et cependant on avait cru établir l'origine de l'entérostomie aussi loin que possible du néoplasme. On fut également très gêné pour la suture du moignon gastrique.

Suites opératoires. — Le malade sort le 21 juillet, tout vomissement avait disparu. Environ cinq mois après, on apprend la mort de l'opéré, sans autre renseignement; elle était due, sans doute, à la continuation du processus cancéreux.

Examen de la pièce. — Néoplasme du pylore et de l'antrum pylorique; ganglions dans l'épiploon gastro-hépatique, sous-pyloriques et gastro-épiploïques; légères adhérences au mésocolon transverse.

OBSERVATION 8. — H. 53 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antrum pylorique. Depuis un an environ, troubles gastriques; régurgitations. Depuis cinq ou six semaines, douleurs épigastriques, amaigrissement, faiblesse progressive. Jamais de vomissements, ni d'hématémèses, pas d'anorexie. Estomac non distendu, petite tumeur mobile au creux épigastrique; diminution de l'acidité stomacale, pas d'HCL libre.

Intervention (2 octobre 1904). — Pylorectomie. Kocher.

Suites opératoires. — Le malade sort le 16 novembre, ayant déjà engraisé de 2 kilos; appétit excellent; en excellent état le 15 mai 1905, soit sept mois après l'intervention. Le 27 juin 1905, le malade revient à la clinique, se plaignant de vomir. On sent une induration au niveau du foie. Le 28 juin, gastro-entérostomie postérieure; il n'y a pas de récédive dans la tranche de section, on croit qu'il s'agit de périhépatique. Amélioration, puis, en août, ictère. Mort le 18 août; on trouve, au niveau du hile du foie, un gros paquet de ganglions néoplas-

ques (examen histologique positif) ayant comprimé l'hépatique. Survie de dix mois.

Examen de la pièce opératoire. — Tumeur de l'antra s'avancant vers le pylore ; ulcération cratériforme, à bords indurés. Histologiquement (Dor) : épithélioma glandulaire colloïde.

OBSERVATION 9. — F. 68. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer du pylore. Depuis deux mois et demi, vomissements avec hématomatose ; amaigrissement, teint jaune paille, estomac dilaté, clapotage, ondes péristaltiques ; tumeur mobile sur la ligne médiane.

Intervention (28 octobre 1904). — Gastro-pylorectomie, Kocher (bouton).

Suites opératoires. — La malade sort, le 16 décembre, engraisée de 3 kilos 500. En juillet 1905, va très bien. Les vomissements disparaissent le 1^{er} mars 1906. Mort le 6 avril 1906. A l'autopsie, récidive au niveau du nouveau pylore ; le bouton est resté dans l'estomac.

Examen de la pièce opératoire. — Tumeur du pylore à forme sous-muqueuse, sans ulcération appréciable. Toute la surface interne de l'estomac est infiltrée, grenue, verruqueuse, avec de petites callosités. Ganglions le long de la petite et de la grande courbure.

OBSERVATION 10. — H. 68 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer diffus de l'estomac. Troubles digestifs remontant à deux ans, accentués depuis deux mois : vomissements quotidiens, pas d'hématémèse, alimentation à peu près impossible ; état général pourtant assez bon. Estomac non dilaté, acidité totale, 0,15, pas d'HCL libre.

Intervention (12 janvier 1905). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton).

Suites opératoires. — Mort au bout de vingt-quatre heures de shock (?). A l'autopsie, petite quantité de liquide louche dans le péritoine sus-mésocolique, pas d'autres lésions.

Examen de la pièce. — Elle comprend le tiers inférieur de la paroi stomacale, le pylore et quelques centimètres de duodénum. Il s'agit d'une forme végétante, encéphaloïde, avec des ulcérations multiples, la totalité des tuniques gastriques sont envahies. Nombreux ganglions le long de la grande et surtout de la petite courbure. Histologiquement (L. Dor) : polyadénome gastrique dégénéré, les ganglions contiennent des noyaux carcinomateux.

OBSERVATION 11. — F. 41 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer prépylorique. Depuis six mois, troubles gastriques : douleurs suivies de vomissements muqueux mais non alimentaires, puis alimentaires. Il y a quinze jours, hématemèse d'un verre de sang ; depuis, aucun vomissement ; amaigrissement de 5 à 6 kilos. Bon état général, pas de teint jaune paille. Estomac dilaté, tumeur bosselée sur la ligne médiane, au niveau et au-dessous de l'ombilic.

Intervention (24 janvier 1905). — Pyloro-gastrectomie. Kocher (bouton). La tumeur, située au-dessus et en arrière du pylore, adhère à la face antérieure du pancréas, avec les ganglions rétro-pyloriques envahis. Ganglions coronaires stomachiques.

Suites opératoires. — Au cinquième jour, pneumonie gauche ; au dixième jour, ventre dur, issue de liquide par la plaie abdominale. Mort au treizième jour. Pas d'autopsie, mais la mort a dû être causée par l'infection de l'abouchement duodéno-gastrique qui tirait un peu trop.

Examen de la pièce. — Cancer de l'antra marchant vers le pylore : ulcération à bords indurés, nombreux ganglions. Histologiquement (L. Dor) : épithélioma glandulaire.

OBSERVATION 12. — H. 45 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antre ayant secondairement envahi le pylore. Depuis quatorze mois, troubles gastriques : douleurs, digestions pénibles, pas de vomissements. Il y a une dizaine de mois, vomissements muqueux et bilieux assez espacés ; il y a quatre mois, vomissements alimentaires qui continuent. Ni hématurie, ni mélæna, amaigrissement, cachexie. Actuellement, sténose pylorique, tumeur épigastrique à contours mal limités.

Intervention (16 juin 1905). — Gastro-pylorectomie. Billroth II (bouton). La tumeur adhère au pancréas, sur la face antérieure duquel il y a un gros paquet de ganglions. La résection de la petite courbure va presque jusqu'au cardia. Drain sous-hépatique. Durée de l'opération : 1 heure.

Suites opératoires. — Fort simples, le malade se lève le douzième jour, revu le 25 juin 1906 en excellent état, mangeant de tout. Mort au début de février 1908, probablement avec une récurrence stomacale. Survie : 31 mois.

Examen de la pièce opératoire. — Gros ulcère cancéreux, dont les limites ont été dépassées d'au moins 4 centimètres de chaque côté. L'ulcération occupe l'antre et le pylore. Histologiquement (L. Dor) : Cancer colloïde.

OBSERVATION 13. — F. 36 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer diffus de l'estomac. Début il y a six mois par des douleurs épigastriques, pas de vomissements. Tumeur épigastrique, plus grosse que le poing, pas de sténose.

Intervention (23 juin 1905). — Gastrectomie subtotale. Billroth II (bouton). Volumineuse tumeur occupant la plus grande partie de l'estomac, s'arrêtant nettement au niveau du pylore, mais ayant des limites moins nettes vers le cardia. Grand épiploon rétracté avec de nombreux ganglions ; vers le cardia, ganglion du volume d'une noix.

Suites opératoires. — Dès le lendemain de l'opération, phénomènes péritonéaux. Vomissements, mélænas. Au cinquième

jour, petite fistule duodénale, avec abcès localisé au niveau du moignon duodéal. Mort au sixième jour avec des phénomènes péritonéaux. Pas d'autopsie (opposition).

Examen de la pièce. — Cancer diffus en nappe sans ulcération, la tranche duodénale est cancéreuse et la muqueuse duodénale porte quelques granulations.

OBSERVATION 14. — F. 35 ans. *Histoire et diagnostic cliniques :* Cancer de l'antra ayant envahi le pylore. Depuis six mois, troubles digestifs vagues ; depuis quatre mois, vomissements alimentaires, hématomésès. Sténose pylorique, tumeur au niveau de l'épigastre.

Intervention (5 juillet 1905). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). On eut beaucoup de peine à libérer la face postérieure du pylore qui était adhérente au pancréas et au mésocôlon transverse. De nombreux vaisseaux furent sectionnés, il fallut réséquer une portion du mésocôlon transverse de la largeur de la paume de la main. Drainage au caoutchouc.

Suites opératoires. — D'abord simples, puis au bout de cinq jours, pouls rapide, dyspnée, pas de symptômes péritonéaux, mais selles spontanées, issue par le drain un peu de sérosité. Le surlendemain, mort avec des signes de péritonite. A l'autopsie, plaque de gangrène sur l'angle droit du côlon et à ce niveau il existe une perforation.

Examen de la pièce. — Volumineuse tumeur, ulcérée, occupant toute la région prépylorique. Dans l'épiploon gastro-colique il y a des petits ganglions. Deux gros noyaux ganglionnaires, l'un au niveau de la coronaire stomachique, l'autre rétro et sous-pylorique. Le mésocôlon transverse est envahi. Il s'agit là d'une tumeur arrivée aux dernières limites de l'opérabilité et dont les adhérences au pancréas et au mésocôlon transverse rendaient le pronostic opératoire des plus graves.

OBSERVATION 15. — H. 46 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer prépylorique. Depuis quatre ans, anémie progressive, une hématomèse, pas de méléria, quelques rares vomissements, a maigri de 25 kilos. Dilatation gastrique assez considérable, pas de tumeur perceptible.

Intervention (16 août 1905). — Gastro-pylorectomie. Billroth II (bouton). Résection du mésocôlon transverse sur l'étendue de la paume de la main.

Suites opératoires. — Le malade part le 2 septembre opératoirement guéri. Revu fin novembre 1905, avec un gros plastron épigastrique. Mort quinze jours après avec des vomissements; très probablement, récurrence sur la tranche stomacale.

Examen de la pièce. — Cancer ulcéreux prépylorique s'arrêtant nettement au duodénum, la tumeur est largement dépassée des deux côtés.

OBSERVATION 16. — H. 55 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antre, propagé au pylore. Troubles gastriques remontant à dix mois environ, vomissements quotidiens et alimentaires depuis deux mois. Amaigrissement extrême, cachexie. On ne sent aucune tumeur. Estomac très dilaté.

Intervention (23 août 1905). — Gastro-pylorectomie. Billroth II (bouton). Gros noyau juxta-pylorique avec ganglions rétro-pyloriques. La tumeur est bien dépassée du côté de l'estomac. Du côté du duodénum le tissu sous-muqueux paraît infiltré.

Suites opératoires. — Fistule gastrique au quatrième jour, elle fut suturée au sixième et resta dès lors définitivement fermée. Mais au dixième jour, apparut une fistule duodénale qui cachectisa rapidement le malade et la mort se produisit vingt-huit jours après l'opération.

Examen de la pièce. — Ulcère cancéreux de la petite courbure juxta-pylorique, ayant envahi le pylore, qui est épaissi et induré. Histologiquement : carcinome alvéolaire. Ganglions rétro-pyloriques nettement cancéreux.

OBSERVATION 17. — H. 28 ans. *Histoire et diagnostic cliniques:* Cancer du pylôre. Depuis dix-huit mois troubles gastriques : sensation de coliques, pesanteur. Ce malade se fait vomir lui-même. Peu à peu, les vomissements spontanés se présentent tous les deux jours environ, et sont souvent alimentaires. À l'examen, ondes péristaltiques, tumeur dure dans la région pylorique, rétention manifeste confirmée par le lavage.

Intervention (12 octobre 1905). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). Il s'agit d'une tumeur pylorique non adhérente, dont l'extirpation est facile.

Suites opératoires. — Légère suppuration des fils de la paroi. Eventration le 26 octobre 1905, à la suite d'effets de toux, l'anse intestinale anastomosée à l'estomac est expulsée à l'extérieur avec une partie du côlon transverse, et de là face postérieure de l'estomac. Le lendemain on réduit et on met quelques fils métalliques. Le 30 octobre, fistule gastrique située au niveau de la petite courbure, le malade se cachectise. Le 1^{er} novembre on essaye de la fermer par quelques points au catgut. La fistule se ferme le 15 novembre. Actuellement, trois ans et demi après l'intervention, le malade, que l'un de nous voit journellement, est en excellent état de santé. Il digère admirablement et exerce le métier très pénible de garçon boucher.

Examen de la pièce opératoire. — Tumeur pylorique très localisée, longue de 4 centimètres, sans réaction péritonéale, avec quelques petits ganglions pyloriques. Histologiquement (Paviot) : linité plastique cancéreuse. Les ganglions sont simplement inflammatoires.

OBSERVATION 18. — H. 69 ans. *Histoire et diagnostic cliniques:* Cancer prépylorique. Début il y a trois mois, par des douleurs dans la région épigastrique, vomissements, péristaltisme, douleurs en broche. Ni hématurie, ni mélène. À droite de la ligne médiane, tumeur dure, assez résistante, mobile. Estomac un peu dilaté.

Intervention (26 décembre 1905). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). Il s'agit d'un néoplasme prépylorique occupant le tiers de l'estomac, formant un cylindre d'une dureté ligneuse. En bas, adhérence au mésocôlon transverse. On laisse un petit drain.

Suites opératoires. — Le surlendemain, vomissement de sang noir, pouls fréquent, état général mauvais. Lavages d'estomac. Le malade meurt le quatrième jour, vomissant toujours du sang. Pas d'autopsie, probablement mort par hémorragie. Pas de fièvre.

Examen de la pièce. — Néoplasme prépylorique occupant le tiers de l'estomac, formant un cylindre d'une dureté ligneuse. A la coupe, envahissement de toutes les couches. Examen histologique : épithélioma cylindrique.

OBSERVATION 19. — F. 64 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer du pylore. Cachexie extrême, telle que l'on pensait faire une simple gastro-entérostomie. Vomit absolument tous ses aliments depuis deux mois. La tumeur du pylore est très mobile : hier, on la sentait à l'ombilic ; aujourd'hui, après lavage et évacuation de l'estomac dilaté, elle est sous les fausses côtes gauches.

Intervention (26 juin 1906). — La tumeur est si mobile qu'on se décide à l'enlever. Gastrectomie classique par procédé Billroth II. Anesthésie superficielle. Durée de trois quarts d'heure.

Suites opératoires. — Mort le 29 juin dans le collapsus. Autopsie : double pneumonie. De plus, tout l'intestin grêle a passé dans l'étagé sus-mésocolique par l'orifice créé dans le mésocôlon pour la gastro-entérostomie. Les sutures sont étanches.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer sténosant de l'antra pylorique qui est infiltré dans toute son étendue. Pas d'ulcération vraie. Tumeur dépassée en bas de 4 centimètres et

en haut de 8 centimètres. La résection sur la petite courbure va jusqu'au cardia. Quelques ganglions sous-pyloriques et gastro-épiloïques. Histologiquement : cancer glandulaire.

OBSERVATION 20. — H. 51 ans. *Histoire et diagnostic cliniques*: Cancer du pylore. Troubles gastriques remontant à six mois environ, vomissements quotidiens et alimentaires. Amaigrissement, teint jaune paille. On ne sent aucune tumeur.

Intervention (18 octobre 1906). — Pyloro-gastrectomie. Kocher (suture). Il n'existe en fait de généralisation qu'un gros ganglion rétro-pylorique qui est enlevé avec l'estomac. La tumeur est dépassée de 6 à 7 centimètres du côté de l'estomac, et de 4 centimètres du côté du duodénum.

Suites opératoires. — Guérison opératoire sans incidents. Le malade quitte le service le 10 novembre 1906. Commence à vomir de nouveau, après avoir joui d'une parfaite santé, le 15 janvier 1908. Il est revu avec une récurrence gastrique et des vomissements abondants, le 25 février 1908. On fait une gastro-entérostomie. L'opéré, profondément intoxiqué, meurt le 4 mars 1908.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer pylorique primitif. La pièce montre un ulcère cancéreux circulaire avec épaississement des tuniques du pylore. Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique. Le ganglion rétro-pylorique contient des noyaux cancéreux.

OBSERVATION 21. — H. 43 ans. *Histoire et diagnostic cliniques*: Cancer du pylore. Début il y a six mois : troubles gastriques vagues, douleurs après les repas, pesanteur au creux épigastrique, amaigrissement de 10 kilos, vomissements. Estomac dilaté, péristaltisme, clapotage à jeun, tumeur à droite de l'ombilic.

Intervention (8 novembre 1906). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). Opération très simple.

Suites opératoires. — Guérison sans incident : sort le 10 décembre. Le malade a succombé à une récidive en octobre 1907. Survie : onze mois. —

Examen de la pièce. — Tumeur pylorique, occupant primitivement l'antra. La muqueuse gastrique est semée à distance de petites pustules. Examen histologique : épithélioma glandulaire atypique.

OBSERVATION 22. — F. 49 ans. *Histoire et diagnostic cliniques :* Cancer du pylore. Troubles dyspeptiques depuis un an, puis vomissements avec hématomèses et mélæna, amaigrissement. Sténose pylorique, péristaltisme, pas de tumeur perceptible à la palpation.

Intervention (10 novembre 1906). — Anesthésie à l'éther, à peine endormie la malade a un arrêt respiratoire inquiétant, on continue sans anesthésie. Pyloro-gastrectomie typique. Billroth II (bouton). Opération facile, vu l'absence d'adhérences pancréatiques. La section porte sur le duodénum à 3 centimètres de la tumeur, sur l'estomac à 10 centimètres.

Suites opératoires. — Simples, la malade sort de la clinique le 12 décembre, vingt jours après l'opération. Cette femme est restée guérie jusqu'en décembre 1907, puis a été perdue de vue.

Examen de la pièce. — Tumeur très exactement pylorique, formant un anneau circulaire d'une dureté ligneuse, d'un très petit calibre, admettant à peine une sonde n° 18. Diagnostic histologique : épithélioma glandulaire atypique infiltrant la couche musculaire.

OBSERVATION 23. — H. 56 ans. *Histoire et diagnostic cliniques :* Ulcéro-cancer pylorique. De 23 à 54 ans, le malade a toujours souffert de l'estomac, et a eu des troubles gastriques qui semblent imputables à un ulcère latent ou plutôt à un cancer à

marche très lente. Depuis deux ans, syndrome pylorique avec tous les symptômes d'une sténose très serrée. Estomac très dilaté, on ne sent pas de tumeur.

Intervention (13 novembre 1906). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). La libération pyloro-duodénale est très pénible, en raison d'adhérences pancréatiques. Enfouissement du duodénum. Drainage. Durée de l'intervention : 1 h. 25.

Suites opératoires. — Le malade meurt le huitième jour, sans fièvre ni phénomènes péritonéaux. A l'autopsie, congestion des deux bases; somme toute, mort par cachexie et shock opératoire.

Examen de la pièce. — Tumeur exclusivement pylorique, très sténosante. Extérieurement, on dirait qu'une ligature a été posée sur le pylore. Sur la surface interne, quatre ulcérations taillées à pic, ganglions indurés au niveau de la petite courbure. La section faite sur le duodénum est à 3 centimètres de la tumeur, sur l'estomac, à 12 centimètres environ. Diagnostic histologique : ulcérations à caractères néoplasiques.

OBSERVATION 24. — H. 36 ans. *Histoire et diagnostic cliniques:* Cancer de la petite courbure de l'estomac. Ne vomit pas, mais a réduit beaucoup son alimentation. Amaigrissement de 18 kilos. Estomac dilaté, sans ondes péristaltiques. Anorexie et douleurs gastriques depuis trois mois. On sent deux tumeurs concaves en haut, lorsque le malade fait de profondes inspirations.

Intervention (26 novembre 1906). — Gastrectomie. Billroth II. Nombreux ganglions rétro-pyloriques qui fixent la tumeur sur la tête du pancréas. Cette tumeur, née sur la petite courbure, a envahi le pylore. Résection d'un noyau pancréatique adhérent. Mésocôlon transverse adhérent également.

Suites opératoires. — Mort le 1^{er} décembre. Pas d'autopsie. Cliniquement : double broncho-pneumonie.

Examen de la pièce. — Tumeur ulcérée de l'antra pylorique, dépassée de 2 centimètres en haut, de 3 centimètres en bas. Histologiquement, cancer colloïde.

OBSERVATION 25. — H. 50 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antra ayant envahi le pylore. Début il y a six mois, par des troubles gastriques. Chaque fois que le malade a mangé, il est pris de douleurs très vives au creux épigastrique, pas de vomissements. Le chimisme a toujours montré de l'hyperchlorhydrie. Depuis un mois environ, syndrome de sténose pylorique, estomac dilaté, on ne sent pas de tumeur. Toujours de l'hyperchlorhydrie. Amaigrissement, teint jaune paille.

Intervention (1^{er} décembre 1906). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton), la tumeur adhère par la face postérieure au mésocôlon transverse, dont on doit enlever la largeur de la main. Cette résection se fait du reste sans aucune hémorragie, on est sûr de ne pas avoir de gangrène ultérieure.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'intervention, le malade se met à vomir du sang noir, langue rôtie, température 39°. On fait immédiatement un lavage d'estomac qui retire un litre et demi de liquide marc de café. A partir de ce moment suites très simples. Le malade quitte la clinique le 15 janvier 1907. Il s'est marié dix mois après l'opération. En juin 1909, il rentre dans le service de M. Tessier avec une récurrence se traduisant par de l'ictère.

Examen de la pièce. — Tumeur siégeant sur la face postérieure de l'antra et ayant gagné le pylore. Ulcération à bords bourgeonnants. Examen histologique : carcinome avec points colloïdes.

OBSERVATION 26. — F. 43 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer sténosant du pylore avec vomissements continus depuis six mois. A maigri de 20 kilos. Malgré cela, reste obèse. Estomac très grand. Tumeur pylorique paraissant mobile.

Intervention: — La tumeur mobile, avec quelques rares ganglions. Gastrectomie typique. Billroth II (1^{er} mars 1907).

Suites opératoires. — Congestion pulmonaire pendant les jours suivants. Survie : six mois, mort avec myocardite sans récurrence.

Examen de la pièce. — Ulcère cancéreux circulaire prépylorique, ayant envahi le pylore. Il est bien dépassé de 6 centimètres en haut et 3 centimètres en bas.

OBSERVATION 27. — F. 46 ans. *Histoire et diagnostic cliniques:* Ulcéro-cancer de la petite courbure et de la face antérieure. Troubles gastriques remontant à quinze ans. La malade avait eu, dans sa jeunesse (de 15 à 30 ans), des phénomènes d'ulcuses qui avaient disparu ensuite. Depuis deux ans, vomissements assez abondants, tous les deux jours environ, douleur au-dessous du rebord costal gauche. Estomac légèrement dilaté avec clapotage, tumeur épigastrique du volume d'une mandarine.

Intervention (14 juin 1907). — Résection annulaire médiogastrique. Billroth I. L'estomac adhérait à la paroi abdominale antérieure, il y avait de la biloculation.

Suites opératoires. — Elles furent très simples, l'alimentation fut commencée dès le quatrième jour, douze jours après l'opération la malade se levait, prenait des aliments solides et les digérait bien. Actuellement, vingt-quatre mois après l'intervention, l'état général et l'état gastrique restent excellents.

Examen de la pièce opératoire. — Ulcéro-cancer médiogastrique occupant la face postérieure, la petite courbure et la face antérieure. Histologiquement : ulcère cancéreux de faible malignité.

OBSERVATION 28. — F. 48 ans. *Diagnostic clinique* : Vomissements continus depuis six mois, qui ont mis cette femme dans un état squelettique. Estomac dilaté avec ondulations épigastriques. Tumeur pylorique paraissant mobile et pouvant être enlevée.

Interventions. — 1^o 14 août 1907, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique d'urgence au bouton. Tumeur pylorique avec ganglions rétropyloriques. Duodénum mobile. 2^o 26 août 1907. Gastrectomie : Billroth II. Adhérences pancréatiques exigeant une résection légère de cette glande.

Suites opératoires. — Guérison rapide. Engraisse de 12 kilos en un mois ; puis récurrence probable en juin 1908. Meurt en septembre.

Examen de la pièce. — Tumeur infiltrée des parois de l'estomac, sans ulcération vraie. Histologiquement : carcinome.

OBSERVATION 29. — H. 41 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antrum ayant secondairement envahi le pylore. Troubles gastriques remontant à cinq mois : pesanteur douloureuse à l'épigastre, vomissements provoqués. Depuis une quinzaine de jours, syndrome pylorique : plusieurs vomissements par jour, hématemèses, dilatation gastrique. On sent une tumeur épigastrique.

Intervention (6 novembre 1907). — Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton).

Suites opératoires. — Suites assez simples, mais le malade a eu à deux reprises des poussées thermiques assez fortes, avec phénomènes pulmonaires ; quitte la clinique au bout d'un mois, ayant engraisé de 3 kilos. Le 22 janvier 1908, le malade avait engraisé de 26 kilos, et repris son métier de maçon. Reste guéri actuellement.

Examen de la pièce opératoire. — Il s'agit d'une tumeur de l'antrum ayant envahi la petite courbure et atteignant le pylore, qui, anatomiquement, n'est pas sténosé, et admet le petit doigt,

Intérieurement, tumeur végétante en partie ulcérée. Diagnostic histologique (laboratoire de la clinique) : épithélioma glandulaire atypique.

OBSERVATION 30. — H. 59 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer diffus de l'estomac. Souffre d'anorexie, vomissements aqueux sans aliments, douleurs gastriques depuis six mois. A maigri de 8 kilos. On voit, au niveau de l'ombilic, une tumeur dure qui a la forme de l'estomac, et se continue sous les fausses côtes gauches.

Intervention (30 décembre 1907). — Gastrectomie large : Billroth II. Sur la coupe d'estomac, il semble rester quelques traînées cancéreuses sous-muqueuses.

Suites opératoires. — Sort de l'hôpital le 18 février. Pas de nouvelles depuis cette date.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un cancer colloïde diffus de la muqueuse gastrique, avec nombreux ganglions coronaires, gastro-épiplœiques. Histologiquement : cancer colloïde.

OBSERVATION 31. — F. 56 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Ulcéro-cancer médio-gastrique. Depuis six mois, pesanteur gastrique, puis douleurs et vomissements survenant très vite, de dix minutes à un quart d'heure après le repas. Pas de perte de l'appétit. Depuis trois mois, syndrome de sténose pylorique. On sent à l'épigastre une tumeur allongée dans le sens transversal, et se perdant sous les fausses côtes à gauche.

Intervention (5 juin 1908). — Résection annulaire médiogastrique. Billroth II (anastomose postérieure au bouton). L'estomac est complètement immobilisé en symphyse, avec la face inférieure du foie, le pancréas et la paroi abdominale antérieure. On résèque un morceau de tissu hépatique sans grande hémorragie. Au cours des manœuvres, l'estomac est ouvert. Drainage et tamponnement sous-hépatique.

Suites opératoires. — Guérison très simple ; actuellement, douze mois après l'intervention, la malade est en excellent état de santé, avec de bonnes digestions.

Examen de la pièce. — Ulcéro-cancer médiogastrique avec biloculation. Histologiquement : épithélioma glandulaire typique. On trouve des tubes glandulaires dans le tissu hépatique réséqué.

OBSERVATION 32. — H. 50 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Ulcéro-cancer prépylorique. Troubles gastriques remontant à douze ou quinze ans, et consistant surtout en renvois, régurgitations et douleurs très violentes au creux épigastrique. Vomissements rares, mélæna récent. Depuis peu, rétention gastrique nette avec clapotage matutinal. Hyperchlorhydrie. On ne perçoit à la palpation aucune tumeur.

Interventions (11 septembre 1908). — 1^o Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Ulcère prépylorique avec biloculation. Amélioration passagère, le 18 octobre 1908. Hématémèse formidable qui se continue avec état immédiatement grave. 2^o (28 octobre 1908). Pyloro-gastrectomie ; on ferme en bourse les moignons gastrique et duodénal.

Suites opératoires. — L'opération semble d'abord devoir être bien supportée, mais mort au quatrième jour avec des phénomènes pulmonaires.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'un ulcéro-cancer prépylorique adhérent au foie et au pancréas. Histologiquement : ulcère cancéreux de faible malignité.

OBSERVATION 33. — H. 54 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de la petite courbure ayant envahi le pylore. Anorexie et amaigrissement depuis six à huit mois. Vomit

assez souvent depuis trois mois. On sent une volumineuse tumeur épigastrique et l'on voit des contractions intermittentes de l'épigastre.

Intervention. — Gastrectomie par le procédé Billroth II (13 juillet 1908). La tumeur a envahi tout l'antra pylorique. Légère ascite. Epiploon œdémateux. Ganglions petits et nombreux coronaires, gastro-épiploïques et rétropyloriques, jusqu'à la racine du mésentère. On se décide néanmoins à une exérèse parce que la tumeur est encore mobile.

Suites opératoires. — Suites d'abord simples. Mort avec œdème des mains et pieds, le 22 juillet.

Autopsie. — On trouve un noyau de généralisation sur la face convexe du foie. La suture duodénale a laissé filtrer quelques gouttes de liquide.

Examen de la pièce. — Elle comprend 15 à 20 centimètres d'estomac. Pylore et antra pylorique sont infiltrés par une tumeur dure, ulcérée. Tumeur dépassée de 2 centimètres du côté duodénal et de 6 à 7 centimètres du côté stomacal. Histologiquement : épithélioma atypique.

OBSERVATION 34. — F. 56 ans. *Diagnostic clinique* : A maigri perdu ses forces et ne mange plus depuis six mois. Ne vomit pas. Cependant, signes de dilatation gastrique, clapotage. Tumeur du pylore paraissant très mobile.

Intervention. — Pyloro-gastrectomie large : Billroth II (24 août 1908).

Suites opératoires. — Excellentes. La guérison se maintient encore aujourd'hui.

Examen de la pièce. — Ulcéro-cancer prépylorique ayant gagné le pylore, des dimensions d'une pièce de 5 francs, dépassé de 4 centimètres du côté du duodénum et de 8 centimètres du côté de l'estomac. Pas de ganglions. Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique.

OBSERVATION 35. — F. 58 ans. *Diagnostic clinique* : Cette malade, qui était atteinte de vomissements continus depuis six mois, présentait tous les signes d'un cancer du pylore. Il y a trois mois, elle a été opérée par un autre chirurgien d'une gastro-entérostomie postérieure au bouton. La tumeur était mobile et l'on avait décidé une pylorectomie secondaire, mais l'opérée avait engraisé, digérait bien, et ce n'est que trois mois après la gastro-entérostomie qu'elle s'est décidée à la nouvelle opération.

Intervention (25 septembre 1908). — Gastrectomie classique avec fermeture des deux tranches gastrique et duodénale. Résection d'une petite portion de la tête du pancréas adhérente à la tumeur. Opération difficile. Une large surface est dénudée ; aussi laisse-t-on une mèche au contact. Ganglions rétro-pyloriques.

Suites opératoires. — Le quatrième jour, petite fistulette duodénale, qui se ferme spontanément le dixième jour. Reste guérie encore aujourd'hui.

Examen de la pièce. — Cancer primitif du pylore, avec infiltration sans ulcération vraie. Tumeur dépassée de 4 centimètres du côté de l'estomac et de 2 centimètres du côté du pylore. Histologiquement : carcinome.

OBSERVATION 36. — F. 60 ans. *Diagnostic clinique* : Vomissements continus depuis trois ou quatre mois. Il y a cinq jours, hématomèse abondante. On sent une tumeur. Signes de dilatation gastrique sans ondes péristaltiques.

Intervention (12 décembre 1908). — Gastrectomie classique large par Billroth II, sans incident.

Suites opératoires. — Peu de température, mais pouls rapide le lendemain. Le second jour, vomissements, lavage d'estomac retire trois litres de caillots et liquide noirâtre. Mort le 15 décembre.

Examen de la pièce. — Cancer de la petite courbure, ulcéré de la largeur d'une pièce de 5 francs, envahissant le pylore. Tumeur dépassée très largement des deux côtés. Quelques ganglions coronaires. Histologiquement : carcinome.

OBSERVATION 37. — F. 60 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Malade depuis six ou huit mois. Vomit presque tous ses aliments depuis trois mois. Grande cachexie. Estomac dilaté, sur lequel on sent une tumeur mobile.

Interventions. — 1^o 5 novembre 1908, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Suites simples. 2^o 20 décembre 1908, gastrectomie large. Billroth II. Tumeur dépassée de 6 centimètres du côté stomacal et de 3 centimètres du côté duodénal.

Suites opératoires. — Très simples. Reste guérie en mars 1909.

Examen de la pièce. — Ulcère cancéreux prépylorique ayant gagné le pylore. Ganglions coronaires et sous-pyloriques. Histologiquement : cancer.

OBSERVATION 38. — H. 52 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer gastrique non sténosant à forme anémique. Depuis six mois environ, troubles gastriques, digestions pénibles mais jamais de vomissements ni de mélæna ; amaigrissement rapide, mais surtout anémie très intense. Pas de dilatation gastrique, pas de péristaltisme. On ne sent pas de tumeur.

Intervention. — 1^o 26 décembre 1908 : gastro-entérostomie postérieure transmésocolique très haute, au bouton de Jaboulay-Lumière.

Suites opératoires. — Bonnes, l'état général et surtout l'anémie s'améliorent très rapidement, le malade s'alimente dès le cinquième jour.

2^o 15 janvier 1909 : pyloro-gastrectomie. Opération simple, il s'agit d'une tumeur de la face postérieure non adhérente. Le décollement pancréatico-duodénal se fait facilement, enfouissement du moignon duodénal.

Suites opératoires. — Beaucoup plus simples que celles de la gastro-entérostomie primitive. Le malade s'alimente au cinquième jour, et reprend rapidement ses forces. Il part chez lui le vingtième jour après la résection.

Examen de la pièce. — Tumeur végétante occupant la face postérieure et la petite courbure, empiétant un peu sur l'antrum, forme végétante en chou-fleur, pas d'ulcérations. Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique.

OBSERVATION 39. — F. 47 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer gastrique sans phénomènes fonctionnels. Depuis trois mois la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale siégeant au niveau de l'ombilic et à gauche de celui-ci. Aucun signe gastrique fonctionnel, pas d'anorexie, mais amaigrissement, teint cancéreux. Estomac non dilaté, pas de clapotage.

Intervention (4 février 1909). — Anesthésie discontinue. Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). Résection de 20 centimètres du côlon transverse avec anastomose colo-colique termino-terminale à la suture. Il s'agit d'une énorme tumeur occupant la face postérieure de l'estomac. Le mésocôlon transverse est rétracté. On résèque le côlon transverse dans la crainte de phénomènes gangréneux ultérieurs.

Suites opératoires. — Très simples, un petit abcès superficiel de la paroi donne les jours suivants un peu de température à la malade. Pas de diarrhée, alimentation solide reprise au quinzième jour. Actuellement, excellent état général et gastrique, a engraisé de 2 kilos en un mois.

Examen de la pièce. — Volumineuse tumeur en chou-fleur, avec ulcération centrale occupant la face postérieure. Infiltration du mésocôlon. Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique.

OBSERVATION 40. — F. 69 ans. *Histoire et diagnostic cliniques :* Cancer de l'antra propagé au pylore. Depuis quatre mois, digestions pénibles, amaigrissement, perte des forces ; depuis un mois, vomissements à caractère pylorique ; depuis huit jours, intolérance gastrique absolue. Rétention gastrique nette, clapotage le matin à jeun ; après deux jours de diète liquide, la sonde ramène des débris alimentaires. A gauche de l'ombilic, tumeur mobile du volume d'un poing.

Interventions. — 1^o (19 janvier 1909). Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton. Estomac très dilaté. Suites opératoires simples. 2^o (13 février 1909). Pyloro-gastrectomie dans de bonnes conditions, seulement quelques ganglions le long de la petite courbure. Le décollement pancréatico-duodénal se fait très simplement.

Suites opératoires. — Pendant quelques jours phénomènes pulmonaires (39°5) ; l'anesthésie à l'éther a, du reste, été très difficile, s'accompagnant continuellement d'hypersécrétion trachéo-bronchitique. La malade s'alimente bien et engraisse rapidement. Guérison parfaite le 15 mars.

Examen de la pièce. — Volumineuse tumeur en chou-fleur occupant la petite courbure, l'antra et affleurant le pylore ; ganglions de la petite courbure cliniquement envahis. Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique, les tranches de section gastrique et duodénale sont saines, les ganglions de la petite courbure simplement inflammatoires.

OBSERVATION 41. — F. 63 ans. Malade depuis quelques mois, elle a maigri de 15 kilos. Cancer de la grande courbure au niveau de l'antra pylorique. Gastrectomie. Billroth II. Au-dessus de l'ombilic, on perçoit nettement une tumeur mobile de haut en bas, pendant les mouvements de la respiration ; le volume semble considérable. Les vomissements sont fréquents, abondants ; il existe, en outre, de la tension intermittente de l'épigastre.

Diagnostic clinique : Cancer de l'antra pylorique propagé au pylore.

Intervention. — Le 1^{er} mai 1909, laparotomie sus-ombilicale, grosse tumeur de la grande courbure, du volume du poing, ayant envahi tout l'antra et le pylore. Cette tumeur, mobile, s'accompagne de ganglions coronaires et de quatre ou cinq gros ganglions gastro-épiploïques droits. L'opération consiste dans la résection classique de la plus grande partie de l'estomac et de 4 centimètres du duodénum. Billroth II (bouton). Durée : 80 minutes.

Examen de la pièce. — La tumeur représente une large ulcération à bords surélevés de 10 centimètres sur 8, occupant la grande courbure et l'antra pylorique et laissant sur la petite courbure une bande de muqueuse saine de 1 centimètre sur 2 de largeur. La tumeur est dépassée de 12 centimètres du côté de l'estomac, et de 4 centimètres au moins vers le duodénum. Examen histologique : épithélioma glandulaire. 24 mai, guérison opératoire sans incident. Bouton éliminé le quatorzième jour. 20 juin, excellent résultat.

OBSERVATION 42. — H. 64 ans, adressé par M. le Dr Bouveret pour un cancer du pylore. Il maigrit, en effet, depuis un an, ne peut plus manger, mais ne vomit jamais. On ne trouve pas trace de tumeur, mais l'estomac est fortement dilaté, clapote, et l'on constate manifestement des ondes péristaltiques par le tapotement de l'épigastre. La radioscopie (Chanoz) montre un estomac distendu.

Diagnostic clinique : Cancer du pylore avec tumeur cachée sous le foie.

Intervention (4 juin 1909). — La laparotomie (Delore) montre, en effet, un cancer du pylore admettant à peine le petit doigt. La tumeur, cachée sous le foie, est très mobile, et l'on ne trouve que deux ou trois petits ganglions coronaires. Malgré la cachexie du sujet, on se décide à faire une pylorectomie large. Billroth II (bouton). Durée : 60 minutes.

Examen de la pièce. — La tumeur, sorte d'induration des tuniques, sans ulcération vraie, occupe le pylore et les quelques centimètres de voisinage. Elle est dépassée de 2 à 3 centimètres du côté du duodénum ; vers l'estomac, la tranche de section la dépasse de 3 à 4 centimètres le long de la petite courbure, et de 8 à 10 centimètres le long de la grande. Examen histologique : carcinome alvéolaire. 5 juin, douleur épigastrique, nausées, pouls : 110 ; température, 37°8. Un lavage d'estomac ramène un litre de liquide noirâtre. Soulagement immédiat. 6 juin, on fait un second lavage. 20 juin, guérison opératoire.

OBSERVATION 43. — F. 63 ans. *Histoire clinique* : Depuis une quinzaine d'années, troubles gastriques vagues semblant dus à un ulcus latent. Depuis quatre mois, amaigrissement, quelques vomissements, dilatation gastrique, péristaltisme. M. Bouveret conseille une intervention et nous adresse la malade. Ulcéro-cancer prépylorique ayant envahi secondairement le pylore.

Intervention (28 juin 1909. Delore). — Biloculation gastrique due à un ulcère ancien siégeant sur la petite courbure, au niveau du pylore, induration néoplasique, gros ganglions sous-pyloriques. La poche pylorique est très dilatée. Pyloro-gastrectomie. Billroth II (bouton). Suture muco-muqueuse gastrique. Suites opératoires simples. La malade quitte la maison de santé au bout de quinze jours.

Examen de la pièce. — En raison de la biloculation, la pièce enlevée a la forme d'un petit estomac, en la voyant on croirait à une gastrectomie subtotal. Sur la petite courbure, au niveau de la biloculation, ulcère cicatrisé. Au niveau de l'antra et du pylore, ulcéro-cancer calleux en évolution. Tumeur dépassée, 4 centimètres du côté du duodénum. Histologiquement : la tumeur pylorique est un épithélioma glandulaire à forme d'ulcéro-cancer. Un ganglion rétro-pylorique examiné est néoplasique.

OBSERVATION 44. — H. 62 ans. *Histoire et diagnostic cliniques :* Cancer prépylorique. Début, il y a deux à trois mois par quelques rares vomissements, des douleurs épigastriques et de l'amaigrissement. Le malade, examiné par M. Bouveret, ne paraît pas avoir de péristaltisme stomachal, mais un peu de tension de l'épigastre. Il y a un léger clapotage. Pas de tumeur, ni hématomèse, ni méléna.

Intervention (2 février 1910). — Pyloro-gastrectomie large. Billroth II au bouton avec 3 plans de suture au catgut sur les tranches gastrique et duodénale. Il s'agit d'une ulcération prépylorique avec extension vers le pylore. Il n'y a pas de ganglions. La tumeur est largement dépassée de 8 centimètres environ du côté de l'estomac et de 2 centimètres du côté du duodénum.

Suites opératoires. — Apyrétique pendant deux jours. Le 4 février, la température monte à 39° 5. Les jours suivants évolue une broncho-pneumonie de la base gauche avec souffle et crachats purulents. Guérison au bout de trois semaines. Elle se maintenait en septembre 1912. Le bouton est sorti le 12^e jour.

Examen histologique (Alamartine). — Epithélioma cylindrique assez typique, de pronostic bénin.

OBSERVATION 45. — H. 58 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Gros cancer prépylorique. Troubles gastriques remontant à six mois avec douleurs et amaigrissement prononcé. Pas de vomissements. On sent une grosse tumeur située sous les fausses côtes gauches, très mobile, si bien qu'on peut la faire passer du côté droit. L'exérèse semble possible.

Intervention (24 mars 1910). — Pyloro-gastrectomie large. Billroth II au bouton avec 3 plans de suture au catgut sur les tranches gastrique et duodénale. Durée d'une heure.

Suites opératoires. — Guérison sans incident. Le malade est resté guéri jusqu'en octobre 1912. A cette époque, M. Bouveret constate une récurrence cancéreuse adhérente à la cicatrice abdominale.

Examen de la pièce. — Enorme ulcération cancéreuse de l'antrum pylorique avec invasion du pylore. La tumeur est dépassée en haut de 6 à 7 centimètres et en bas de 2 à 3 centimètres. Elle est annulaire et longue de 10 à 12 centimètres formant un canal rétréci. Il existe des ganglions néoplasiques dans tous les territoires lymphatiques, notamment sur l'artère gastro-épiploïque droite où ils descendent fort loin.

OBSERVATION 46. — F. 33 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Troubles gastriques remontant à deux ou trois mois. Les vomissements sont incessants et ont provoqué un degré extrême d'intoxication. On sent une petite tumeur pylorique et des ondes stomachales, du clapotage. Cyanose.

Intervention (31 mars 1910). — Pylorotomie en un temps à cause de sa facilité, Billroth II avec bouton et suture à 3 plans au catgut des tranches gastrique et duodénale. Mésocolon transverse adhérent dans sa zone avasculaire. Durée : 3/4 d'heure.

Suites opératoires. — Décès 36 heures après l'opération. Malade incapable de supporter une simple gastro-entérostomie.

Examen de la pièce. — Cancer annulaire du pylore avec quelques ganglions sous-pyloriques. Histologiquement : carcinome malin.

⌚ OBSERVATION 47. — H. 57 ans. *Diagnostic et histoire cliniques :* Troubles gastriques remontant à quelques mois. Depuis 5 à 6 semaines, vomissements fréquents, souvent noirâtres, ondes stomacales péristaltiques. L'anémie et la pâleur sont accentuées. Grosse tumeur épigastrique.

[. *Intervention premier temps* (28 juillet 1910). — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à trois plans de suture à la soie. *2^e temps* (17 août 1910). Gastrectomie. Billroth II, large avec 3 plans de suture à la soie sur les tranches gastrique et duodénale.

Suites opératoires. — Fort simples. Après le premier temps on constate l'apparition d'un œdème accentué des membres inférieurs qui disparaît après la seconde intervention. L'opéré vécut dans un état de santé excellent jusqu'en 1912.

Examen de la pièce. — Cancer prépylorique mobile avec adénopathies également mobiles. Histologiquement.

5 juin 1912. — Ce malade est venu se faire soigner dans le service du Dr Devic.

Vingt et un mois après l'intervention, mort par récurrence de la tumeur sur la tranche gastrique.

La guérison a été complète pendant dix-neuf mois ; l'appétit était revenu, le malade a engraisé, les douleurs avaient complètement disparu.

Une fois la récurrence en évolution, la cachexie a fait de rapides progrès ; le foie a augmenté de volume considérablement en huit jours.

Autopsie. — Récurrence sur la tranche gastrique et sur la face postérieure du moignon de l'estomac.

Noyaux dans le foie.

L'un de ces noyaux a formé dans la veine porte un bouchon cancéreux, avec autour de lui un caillot organisé, obstruant la branche droite du vaisseau.

OBSERVATION 48. — H. 44 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Troubles gastriques depuis un an et vomit constamment depuis un mois. Enorme distension de l'estomac, qui présente les ondes caractéristiques de la sténose pylorique. Le lavage gastrique ramène une quantité considérable de débris alimentaires. Teint cyanosé, pas de tumeur à la palpation.

Intervention (5 août 1910). — Gastro-pyloréctomie. Billroth II avec bouton et suture à trois plans au catgut des tranches. Durée : une heure.

Le cancer pylorique s'étend loin le long de la petite courbure. La masse est mobile. Après un début d'exérèse, on s'aperçoit qu'il existe, en outre d'un gros ganglion sous-pylorique, des ganglions prévertébraux, sous-pancréatiques et gastro-épiploïques étendus.

Suites opératoires. — Dès le lendemain, le pouls est rapide, il y a de la dyspnée ; la température monte à 40° le 11 août et l'expectoration est abondante. Le 14 août, le malade est emmené avec une broncho-pneumonie gauche.

OBSERVATION 49. — F. 42 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer prépylorique. Troubles digestifs depuis deux ans, amaigrissement, jamais de vomissements. On sent une tumeur épigastrique volumineuse paraissant mobile.

Intervention (5 août 1910). — Gastro-pyloréctomie large. Billroth II avec gastro au bouton et suture à 3 plans de catgut des tranches gastrique et duodénale.

Suites opératoires parfaites. — La malade quitte l'hôpital le 24 août.

Examen de la pièce. — Cancer prépylorique sous forme d'une vaste ulcération partant du pylore pour remonter sur la petite courbure sur une longueur de 12 centimètres. Sur la face postérieure du pylore se trouve un gros ganglion qui tient à la masse. Le long de l'artère coronaire, nombreux ganglions enlevés jusqu'au cardia.

OBSERVATION 50. — F. 60 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer sténosant du pylore. Souffre de troubles digestifs depuis deux ans ; a maigri beaucoup dans ces derniers mois et vomit constamment. Tension de l'épigastre. Clapotage. Petite tumeur mobile à droite de l'épigastre.

Intervention (8 septembre 1910). — Gastro-pylorectomie large. Billroth II avec gastro-entérostomie postérieure au bouton et suture à 3 plans de catgut des tranches gastrique et duodénale.

Suites opératoires. — Le bouton sortit le 10 octobre. Guérison en cinq semaines après une poussée de congestion pulmonaire. En août 1911, on sent un noyau cancéreux à l'épigastre avec des ondes péristaltiques. Une nouvelle intervention démontre l'existence d'une péritonite cancéreuse. Mort en septembre 1911.

Examen de la pièce. — Cancer en virole du pylore avec un ganglion sous-pylorique. L'ulcère annulaire est dépassé de 8 centimètres du côté de l'estomac et de 2 centimètres du côté du duodénum. Histologiquement : épithélioma glandulaire colloïde.

OBSERVATION 51. — F. 68 ans. *Diagnostic et histoire cliniques* : Cancer juxta-pylorique. Les troubles gastriques remontent à plus d'un an. Pas de vomissements, mais l'estomac est dilaté. Dans le flanc droit, on sent une masse dure, mobile par l'insufflation.

Intervention premier temps (16 décembre 1910). — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. La tumeur se propage peu vers le duodénum, elle est mobile, mais adhérente au mésocôlon transverse. Il y a peu de ganglions coronaires et sous-pyloriques. — *2^e temps* (28 décembre 1910). La malade, cachectique auparavant, paraît moins affaiblie. On pratique la gastrectomie. Billroth II au bouton avec suture des 2 tranches à 3 plans de catgut. On doit enlever en bloc l'estomac, le mésocôlon transverse et le côlon transverse dans sa moitié droite et l'on termine par une anastomose termino-terminale des deux bouts du côlon. Huile camphrée dans le péritoine.

Suites opératoires. — Apyrétiques et simples jusqu'au 4 janvier 1911. Le pouls monte alors à 130 et la température à 38°6. La malade succombe le 5 janvier.

Autopsie. — La mort a été provoquée par une gangrène du côlon ascendant sur une longueur de 5 à 6 centimètres à partir de la suture bout à bout. Cette gangrène relève de l'arrêt de circulation après la résection étendue du mésocôlon transverse ; on aurait pu l'éviter peut-être en réséquant en même temps que le côlon transverse le côlon ascendant et le cœcum.

OBSERVATION 52. — F. 41 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer de l'antra pylorique donnant des troubles gastriques depuis six mois, jamais de vomissements, léger amaigrissement. Le Dr Bouveret a senti une tumeur mobile près de l'ombilic avec tension gastrique.

Intervention (8 février 1911). — Gastrectomie large. Billroth II avec gastro-entérostomie au bouton et suture des tranches gastrique et duodénale à trois plans de suture au catgut.

Examen de la pièce. — La tumeur est représentée par un petit ulcère dont le pourtour forme une auréole rougeâtre. La tumeur est bien dépassée du côté du duodénum ; vers l'estomac

il existe à la partie moyenne de la section de la face antérieure une zone suspecte. Histologiquement : cancer colloïde.

Suites opératoires parfaites. — L'opérée retourne chez elle au bout de 18 jours. Le 27 décembre 1911, elle revient avec un énorme paquet cancéreux périombilical développé probablement aux dépens de l'épiploon. Légère ascite. Pas de douleurs, pas de vomissements, un peu d'amaigrissement. La malade digère encore à la condition de manger peu à la fois.

OBSERVATION 53. — F. 38 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Ulcéro-cancer prépylorique avec sténose pylorique, vomissements fréquents, clapotage, ondes péristaltiques. Tumeur épigastrique.

Intervention (18 février 1911). — Gastrectomie par procédé Billroth II au bouton et avec suture des tranches au catgut à trois plans. La tumeur est enlevée en bloc avec de gros ganglions rétro et sous-pyloriques adhérents au pancréas et au mésocôlon transverse. Il faut enlever une parcelle du pancréas et du mésocôlon transverse, mais on conserve les artères du mésocôlon. Péritonisation minutieuse. La tumeur est très largement dépassée. Histologiquement : épithélioma glandulaire.

Suites opératoires. — Il y a de la température causée par un hématome sous la paroi. Après son évacuation et son drainage, guérison. Départ de l'hôpital le 6 avril 1911.

2 décembre 1911. Le Dr Allemand m'écrit que la malade souffre et présente une induration de sa cicatrice. On doit craindre une récurrence.

OBSERVATION 54. — H. 58 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Amaigrissement depuis six mois. Pas de vomissements. On perçoit sous le rebord costal gauche une tumeur très mobile, qu'on peut attirer jusqu'à la ligne médiane. Il s'agit d'un cancer prépylorique probablement extirpable.

Intervention (1^{er} mars 1911). — Gastrectomie subtotale. Billroth II au bouton et catgut avec section première du duodénum. Il existe deux ou trois petits ganglions coronaires.

Suites opératoires des plus simples. — L'opéré quitte l'hôpital le 18 mars. Il restait en excellente santé aux dernières nouvelles en octobre 1912.

Examen de la pièce. — La tumeur est représentée par une grosse ulcération à bords calleux et indurés, de siège prépylorique, s'étendant sur la face antérieure et la petite courbure de l'estomac. Histologiquement : épithélioma glandulaire d'allure peu maligne. La tumeur est dépassée de 4 centimètres vers le duodénum et de 8 centimètres vers l'estomac.

OBSERVATION 55. — H. 54 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer prépylorique mobile situé à gauche de la ligne médiane. La maladie remonte à un an, amaigrissement de 15 kilos ; pas de vomissements. On sent une tumeur sous les fausses côtes gauches et son volume est tel qu'on a pu penser à un cancer du rein gauche. En raison de la mobilité, on pense faire l'extirpation.

Intervention (24 août 1911). — Gastro-pylorectomie large. Billroth II avec le bouton et suture des tranches gastrique et duodénale par trois plans de suture au catgut. Durée : une heure et demie.

Suites opératoires. — Fort simples, après un lavage gastrique qui ramène du sang. En juin 1912, le malade est atteint d'une appendicite suppurée qui guérit par l'incision.

Examen de la pièce opératoire. — Enorme cancer prépylorique encore mobile ; il y a quelques ganglions coronaires et gastro-épiploïques. En arrière, la tranche de section de l'estomac semble passer dans une zone envahie par le cancer (Alamartine).

Autopsie le 19 février 1913 (faite par M. Rouber et Goyet). Estomac : On sent, au palper, une masse dure dans la région pylorique et à ce niveau l'estomac présente des adhérences à

la face inférieure du foie. Après dissection on voit que la portion pylorique est fermée ; et que le duodénum se termine en cul-de-sac.

L'orifice de la gastro est perméable. Sur une largeur de paume de main, la muqueuse est infiltrée, et un petit polype surmonte la partie malade. Le cancer va jusqu'à l'orifice de gastro en le respectant. Le dôme duodénal de fermeture est normal et souple. Pas de ganglions. Le bouton est dans l'estomac, l'action du suc gastrique ne l'a pas trop endommagé. Ulcérations tuberculeuses du grêle. Tuberculose pulmonaire. Infiltration du sommet gauche : caverne de la base. Tubercules disséminés dans tout le poumon gauche.

OBSERVATION 56. — H. 54 ans. *Histoire et diagnostic cliniques*: Troubles gastriques remontant à quatre mois. On sent une petite tumeur mobile. Ondes stomacales et clapotage. Le lavage de l'estomac ramène beaucoup de débris alimentaires. Vomissements constants, amaigrissement et cachexie prononcés, teinte cyanosée.

Intervention (30 novembre 1911). — Pylorectomie. Billroth II avec gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton et suture des tranches gastrique et duodénale à trois plans de catgut. Un seul ganglion sous-pylorique.

Examen de la pièce. — Cancer en virole sous-muqueuse du pylore, sans ulcération. L'induration est largement dépassée, de 7 à 8 centimètres du côté de l'estomac et de 3 centimètres du côté du duodénum. Histologiquement : carcinome glandulaire.

Suites opératoires. — La température n'a jamais dépassé 38°2. Deux jours après l'opération, l'opéré souffre au creux épigastrique, il a du hoquet. Le lavage de l'estomac ramène du sang à odeur infecte. Le 6 décembre, l'apyrexie existe toujours, mais il y a du délire, un pouls à 120, la langue est rôtie. La vessie est distendue et donne au cathétérisme 1.500 grammes d'urine

claire. Les jours suivants, on est obligé de répéter les sondages. Décès le 9 décembre 1911.

Cet opéré paraît avoir succombé à des phénomènes d'intoxication. On aurait probablement évité la mort en pratiquant la gastrectomie en deux temps.

OBSERVATION 57. — F. 28 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Ulcéro-cancer pénétrant de la paroi antérieure de l'estomac avec biloculation gastrique. Troubles digestifs depuis 5 ou 6 ans, amaigrissement, douleurs épigastriques. Les vomissements étaient fréquents, mais depuis trois mois ils ont cessé par réduction de l'alimentation. Sous le rebord costal gauche on sent une tumeur immobile paraissant adhérente à la paroi abdominale. On pense à un ulcère rongeant ayant pénétré dans les plans de la paroi abdominale.

Intervention (4 décembre 1911). — Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure et de la paroi antérieure de l'estomac qui adhère à la paroi abdominale au niveau du muscle grand droit du côté gauche. Le muscle est pénétré par l'ulcération jusqu'à l'aponévrose superficielle et tout autour les fibres musculaires sont enflammées. L'ulcère est enlevé avec la zone de la paroi abdominale qui est envahie. Il y a quelques petits ganglions coronaires légèrement indurés. Après l'exérèse de l'ulcère, l'estomac est divisé en deux portions, cardiaque plus grande, pylorique plus petite, réunies par un pont de muqueuse de la largeur de deux travers de doigt et situé sur la grande courbure. Ce pont de muqueuse est enlevé et l'on termine par une anastomose bout à bout des deux tranches cardiaque et pylorique, avec deux plans de catgut en arrière et trois plans en avant. Il s'agit, en somme, d'une résection médio-gastrique. Suture totale de la paroi.

Examen histologique. — Epithélioma typique d'allure bénigne.

Suites opératoires des plus simples. — En juillet 1912, l'opérée écrit qu'elle se porte parfaitement.

OBSERVATION 58. — H. 62 ans. Le malade vient parce qu'il souffre. Rien comme antécédents héréditaires ou collatéraux.

Le malade est marié et père de cinq enfants : un seul est mort de péritonite tuberculeuse.

Il n'a jamais été malade ; ni blennorrhagie ni syphilis. Le seul symptôme qui l'inquiète est la douleur : il n'a jamais eu d'hématémèse ; un seul vomissement qu'il place sur le compte d'une indigestion.

Cette douleur siégeant au creux épigastrique l'inquiète depuis deux mois ; inquiétudes qui se sont accrues lorsqu'il a découvert qu'il portait une légère tumeur au creux épigastrique.

C'est un malade amaigri : il a perdu 3 kilos ; les téguments sont un peu jaunes.

Au niveau de l'estomac, on sent, sur la ligne médiane, une tumeur grosse comme une orange. Mobile, suivant les mouvements respiratoires. Clapotage net, que le malade a observé lui-même. Le foie est normal. Rien au cœur, ni aux poumons.

Intervention (11 janvier 1912). — Un peu d'ascite ; le péritoine semble être au début d'une généralisation.

La tumeur occupe la petite courbure et le pylore.

A l'ouverture, on voit un ulcère ancien, sur lequel le néoplasme s'est greffé. Le tout forme un canal dur, qui admet seulement l'introduction du petit doigt.

Gastrectomie par le procédé de Billroth. (Sutures à 3 plans). On laisse la chaîne ganglionnaire coronaire.

Examen microscopique. — Infiltration par des cellules du type épithélial de la sous-muqueuse, de la musculieuse. Ces cellules sont sans ordre net. Il s'agit d'un épithélioma gastrique colloïdal atypique. 26 janvier 1912, le malade quitte l'hôpital guéri.

OBSERVATION 59. — H. 69 ans. Le malade ne signale rien de particulier dans ses antécédents. Pas de maladies.

C'est un homme qui souffre depuis deux mois ; ces douleurs sont accompagnées de pesanteur après le repas et de nombreux renvois.

La douleur est capricieuse et ne se montre pas à heures fixes ; parfois elle apparaît une heure après le repas ; parfois elle ne quitte pas le patient pendant une demi-journée. Son siège, par contre, se limite à la région épigastrique. Pas de vomissements ; constipation intense, avec matières très dures et très noires.

La tumeur a été constatée il y a un mois et demi.

A l'examen nous trouvons un homme d'un état général assez touché : l'amaigrissement et la teinte jaune des téguments sont marqués.

La tumeur est de la grosseur du poing, irrégulière et indolore. Sa mobilité est considérable, soit avec les mouvements du diaphragme, soit avec les mouvements du malade ; en effet, elle se déplace nettement à droite quand le sujet se couche sur ce côté.

Cette tumeur est située dans la région ombilicale. Notons, avant de terminer, un goître que le malade porte depuis 30 ans : une hernie inguinale gauche, avec adénite bilatérale.

Intervention (18 janvier 1912). — Le néoplasme est étendu : il occupe la petite courbure, une partie de la grande courbure et une partie du pylore ; ne laissant à cet orifice qu'une étroite bande de muqueuse saine du côté duodénal sur la face antérieure.

Gastrectomie au bouton, par le procédé de Billroth II. Trois plans de suture au catgut fin.

La tumeur n'a pas été dépassée du côté cardia de la petite courbure.

On a décollé le mésocôlon transverse aussi antérieurement qu'il se peut ; malgré une large brèche, sa circulation paraît suffisante.

Examen microscopique. — Grosses cellules, avec tendance au groupement, infiltrant la muqueuse et la musculuse. On reconnaît des lumières tubes, dans ces amas de cellules néo-formées. Amas de substance colloïde. En résumé : épithélioma gastrique colloïdal métatypique.

Suites opératoires très simples. — Guérison.

OBSERVATION 60. — H. 46 ans. Le malade vient pour des vomissements.

C'est un homme de bonne santé habituelle ; rien à noter dans ses antécédents.

L'affection a débuté il y a 3 mois.

Les vomissements, quotidiens au début, se sont espacés ces derniers temps.

Ils sont précédés de pesanteur, arrivent environ 3 heures après le repas.

Dans les grands vomissements de rétention qui ont marqué l'évolution du mal, le malade a reconnu des aliments ingérés la veille.

La constipation est opiniâtre. Pas de sang dans les matières ni dans les vomissements.

Au palper, tumeur sus-ombilicale, indolore, bosselée. Mouvements péristaltiques de l'estomac qui se dessine par intervalles sous la paroi. Adénite inguinale ; rien au cou.

Intervention (16 février 1912). — Billroth II, catgut fin 3 plans.

Les chaînes gg. rétropylorique et gastro-épiploïque sont prises. La tumeur adhère au mésocôlon transverse en arrière. On trouve un plan de clivage ; les adhérences sont inflammatoires, très probablement. Le malade part guéri.

15 février 1913. — La guérison persiste.

OBSERVATION 61. — H. 59 ans. Le malade suit un régime depuis longtemps. Les douleurs ont commencé il y a 5 ans, et ce sont progressivement augmentées jusqu'à ce jour ; elles sont au maximum 6 heures après le repas. Pas de vomissements.

Perte de l'appétit et gros amaigrissement (10 kilos en 2 mois). Depuis 2 mois, la perte de forces a obligé le malade à abandonner tout travail.

Au palper, tumeur de la région pylorique ; léger clapotage ; pas de ganglions.

Intervention (29 février 1912). — Gastrectomie par le procédé de Billroth. Bouton de Jaboulay pour gastro-entéro postérieure. Pas de ganglions ni d'ascite.

Petite tumeur, étalée, occupant tout l'antrum pylorique.

Le 4 mars 1912, le malade va bien ; l'alimentation est bien tolérée.

Examen microscopique. — La muqueuse est infiltrée de cellules néoplasiques épithéliales ; quelques formations tubulées sont ébauchées.

Le muscle est infiltré de petites cellules épithéliales, irrégulièrement disposées.

Décembre 1912. — Le malade a eu des suites opératoires très simples et reste guéri en décembre 1912.

OBSERVATION 62. — F. 36 ans. Entrée le 21 mars 1912.

La malade vient pour des douleurs d'estomac et des vomissements.

Rien de notable dans ses antécédents ; il s'agit d'une femme dont la santé habituelle est parfaite, sauf sur un point. Depuis l'âge de 17 ans, elle eut l'estomac particulièrement délicat, elle vomissait facilement et souffrait. Cependant les douleurs avaient beaucoup perdu de leur intensité première ; et pendant dix à douze ans, la malade n'a été importunée que par ses vomissements suivant de près quelque écart de régime.

Il y deux ans, brusquement, les troubles digestifs prirent un caractère aigu.

Les vomissements se produisaient après chaque repas, soit immédiatement, soit quatre ou cinq heures après chaque ingestion alimentaire. Parfois la malade remarquait la teinte noirâtre des matières vomies.

La douleur, intense, avait son point de départ dans la région épigastrique et son point d'irradiation entre les deux épaules. Pendant quatorze jours, la maladie s'accrut ; l'alimentation ne se fit que par lavements alimentaires. Cependant il y eut un mieux ; de nouveau l'alimentation fut à peu près tolérée ; l'amaigrissement seul ne disparut pas.

Enfin, en novembre 1911, les douleurs reviennent, mais moins fortes qu'en 1910. Ces douleurs sont calmées par les vomissements. Ceux-ci surviennent 3 ou 4 heures après le repas ; ils n'ont jamais été noirâtres à cette époque de la maladie.

A l'examen. — Au palper l'on ne sent absolument rien ; on réveille simplement une légère douleur. Tension intermittente.

A l'écran. — Estomac biloculaire, sans traînée intermédiaire opaque reliant les deux poches.

Intervention (23 mars 1912). — Sténose médiogastrique très serrée adhérent au pancréas en arrière. Résection de l'épiploon au niveau du point rétréci. Décollement postérieur ; résection de l'étranglement.

Un ulcère se trouve assez loin du rétrécissement, et du côté cardia ; il faut donc réséquer du côté cardia une portion d'estomac plus grande que du côté pylore.

Les deux circonférences de sections sont par le fait fortement inégales, cependant la suture à 3 plans au cagtut fin se fait assez facilement ; elle est termino-terminale.

16 avril 1912. La malade va très bien ; à l'écran, son estomac semble normal, sauf un très léger ressaut de la paroi inférieure.

OBSERVATION 63. — F. 42 ans. Entrée 14 avril 1912.

La malade vient parce qu'elle souffre et vomit. Son père est mort d'un néoplasme de l'estomac.

L'affection a débuté à 32 ans par des douleurs et des vomissements ; ensuite il y eut une période de calme ; enfin, à 39 ans, les douleurs ont repris toute leur acuité. Ces douleurs surviennent 2 ou 3 heures après le repas, siègent au creux épigastrique et s'irradient dans le dos.

Les vomissements calment ces douleurs, mais ils ne sont pas quotidiens ; leur abondance rappelle les grands vomissements pyloriques. Pas d'hématémèses ; quelques mélènas.

Examen. — Malade maigre, jaune. Palper négatif. Contraction de défense de la paroi. Pas de tension intermittente.

A l'écran le bismuth tombe d'une poche supérieure de l'estomac dans une poche inférieure.

Intervention (17 avril 1912). — On trouve un estomac biloculaire, porteur d'une sténose pylorique. Résection de la poche inférieure et du pylore. Suture à 3 plans au catgut fin de l'estomac au duodénum, par le procédé de Kocher.

A l'ouverture de la pièce on trouve 3 ulcères ; l'un en amont, l'autre en aval de la sténose gastrique ; le troisième au niveau du pylore.

2 juin 1912. La malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION 64. — H. 45 ans. Entré le 25 avril 1912.

Le malade dit avoir eu des troubles passagers du côté de l'estomac depuis plusieurs années, mais ces troubles ne sont continus que depuis un an.

Le malade souffre surtout 3 ou 4 heures après le repas ; les vomissements sont fréquents, et surviennent à peu près aux mêmes heures que les douleurs.

En général les intervalles des crises sont peu douloureux. Le malade n'a pas remarqué d'aliments ingérés un jour ou deux auparavant dans les matières vomies.

Pas d'hématémèses, ni de mélènas.

L'état général est bon, peu d'amaigrissement, un peu de subictère.

Examen. — On sent dans la région épigastrique une tumeur de la grosseur d'une noix, mobile. La palpation est facile.

La main appliquée sur la région sent l'estomac se gonfler par intervalles ; on ne voit pas d'ondes péristaltiques. Le clapotage est bien perçu ; la sonorité gastrique est étendue.

Pas de ganglions. Rien aux autres organes.

Intervention (30 avril 1912). — Gastrectomie par le procédé de Billroth II.

Les ganglions pyloriques, les adhérences au pancréas, l'envahissement de la chaîne coronaire stomacique, rendent l'intervention difficile et longue.

L'hémostase est difficile.

Le malade garde une température élevée, au-dessus de 39°. pendant une dizaine de jours (pneumonie). Ensuite la température est demeurée normale.

Le malade quitte le service un mois après l'intervention. (Récidive dans la paroi abdominale en décembre 1912).

OBSERVATION 65. — F. 55 ans. Entrée le 20 mai 1912.

Rien à signaler dans les antécédents de la malade. La douleur a débuté il y a un an : crampes douloureuses, survenant une heure après le repas et durant 3 ou 4 heures. L'appétit et les forces n'ont décliné que depuis environ 2 mois. Les vomissements ont commencé il y a 6 mois ; ils survenaient d'abord deux heures après le repas ; mais ces derniers temps leur caractère s'est modifié, ils sont devenus plus tardifs, moins chargés en aliments, et moins abondants.

La malade n'a jamais eu d'hématémèse ; sa constipation s'est accentuée ; depuis douze jours elle n'est pas allée à la selle.

Il s'agit d'une femme très amaigrie, presque cachectique. Entre l'ombilic et le rebord costal, on perçoit une tumeur de

la grosseur du poing. L'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Intervention en deux temps.

1^o Le 20 mai 1912 on pratique une gastro-entérostomie postérieure. Transmésocolique au bouton de Jaboulay.

2^o Le 30 mai 1912, gastrectomie. Suture à 3 plans au catgut fin des tranches duodénale et gastrique.

La tumeur est dépassée de 2 centimètres côté duodénal et de 7 centimètres, côté estomac.

Il s'agit d'un cancer de l'antre et du pylore, non ulcéré, avec peu de ganglions. Les quelques ganglions trouvés paraissent inflammatoires. Un peu d'ascite.

Examen histologique. — Il s'agit d'un épithélioma atypique.

Suites opératoires. — Excessivement simples ; la malade quitte le service le 18 juin 1912.

OBSERVATION 66. — H. 57 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Cancer prépylorique, troubles digestifs, anorexie, douleurs après les repas depuis trois mois. Amaigrissement de 15 kilos, teinte cyanosée, pas de tumeur appréciable, pas de vomissements. Clapotage gastrique à jeun.

Intervention (17 juillet 1912). — Le cancer est prépylorique et assez gros, caché sous un foie volumineux. Gastro-pyloroc-tomie large. Billroth II avec gastro-entérostomie au bouton et suture des tranches gastrique et duodénale par trois plans de catgut.

Examen de la pièce. — La tumeur forme une vaste ulcération à bords indurés ; elle gagne sur la petite courbure, le pylore reste perméable. Elle est dépassée de deux bons centimètres du côté du duodénum, mais du côté de l'estomac sur la petite courbure les limites de l'exérèse sont insuffisantes. Histologiquement : épithélioma colloïde.

Suites opératoires. — Guérison opératoire rapide. L'opéré engraisse de 20 kilos. En décembre, il maigrit de nouveau et en février 1913 on constate une récurrence profonde inopérable.

OBSERVATION 67. — H. 45 ans. Le malade est envoyé par le Dr Barjon.

L'affection qui l'amène a débuté en mars 1912 ; il a souffert depuis cette époque de troubles gastriques, de douleurs calmées par l'ingestion d'aliments.

A l'examen, on constate une tumeur très volumineuse, arrondie, nettement perceptible sur son flanc gauche, plus difficile à délimiter sur la ligne médiane. Cette tumeur occupe la région épigastrique.

L'état général est bon ; un seul point à noter : l'état subfébrile du malade qui a eu 38°5 le soir ces derniers jours.

Le weber est positif. Le malade ne vomit pas.

Intervention (25 septembre 1912). — Enorme tumeur de la paroi postérieure et supérieure de l'estomac, du côté du pylore.

L'estomac est élevé, ce qui gêne pour la ligature de la coronaire stomachique. En outre quelques ganglions sont enlevés le long de la petite courbure.

Gastrectomie, Billroth II au bouton de Jaboulay avec suture à 3 plans au catgut fin.

Rideau péritonéal, en se servant de la vésicule et du côlon transverse.

Fils métalliques pour suturer la paroi.

La tumeur a végété dans l'estomac, formant un chou-fleur de grosses dimensions. A l'ouverture de l'estomac, il s'est dégagé une odeur infecte.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 14 janvier 1913.

OBSERVATION 68. — F. 33 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : La malade entre à l'hôpital pour des troubles digestifs.

Elle se plaint de vomir constamment depuis plus de 6 mois, d'avoir perdu l'appétit et d'avoir beaucoup maigri. Les vomissements sont surtout alimentaires et se produisent 2 ou 3 heures après les repas. La malade dit n'avoir jamais vu de sang, ni dans ses vomissements ni dans ses selles.

A l'examen, on note de la contracture abdominale, et de la tension épigastrique.

L'estomac est dilaté. La pression au niveau de la petite courbure est un peu douloureuse ; en ce point, on peut sentir une petite bande indurée, allongée transversalement, de 3 ou 4 centimètres, mobile.

Intervention (29 octobre 1912) M. Delore. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur située sur la petite courbure, et rétractée. Comme la malade est jeune et qu'on croit pouvoir enlever la tumeur, on se décide à une gastrectomie (Billroth II).

En cours de route, on constate qu'il est impossible de dépasser les limites des ganglions, surtout coronaires et rétro-pyloriques. On termine l'opération de la façon classique, la gastro-entérotomie (transmésocolique postérieure) étant faite au bouton.

28 novembre 1912. La malade part guérie.

OBSERVATION 69. — Cette observation, ainsi que celles des malades 62 et 63, appartient à une malade du Dr Barjon et a été publiée par lui.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui nous fut adressée pour un examen radioscopique par le Dr Mouisset.

Cette malade avait souffert très anciennement de l'estomac, elle prenait des crises douloureuses qui duraient une quinzaine de jours, mais assez espacées les unes des autres. Sa mère avait succombé à un cancer de l'estomac.

Depuis trois mois les douleurs étaient devenues continues. Elles n'avaient jamais été très aiguës, mais consistaient en une sensation de pesanteur à l'épigastre et dans les reins. Ces douleurs tardives survenaient environ deux heures après le repas, surtout après celui de midi. Parfois quelques vomissements qui soulageaient la malade. Ils n'étaient ni acides ni amers. Jamais d'hématémèse, ni de mélæna. Constipation très marquée.

Etat général très mauvais, perte de l'appétit, amaigrissement. A l'examen, on notait un peu de clapotage gastrique, mais surtout on sentait à la palpation un noyau induré mobile, du volume d'une noisette, situé à gauche de la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic. Ce point dur et mobile était très douloureux quand on appuyait un peu fort. Aucun autre point douloureux ni à droite de la ligne médiane, ni au-dessous de l'ombilic. Pas de contractions péristaltiques. Ganglions petits, durs et mobiles dans les plis inguinaux des deux côtés.

M. Mouisset avait fait une excellente localisation, en affirmant une lésion de la petite courbure ; mais il était plus difficile de savoir quelle était la nature de la lésion. Les antécédents héréditaires, le mauvais état général, l'amaigrissement, les ganglions inguinaux, la tumeur perceptible, faisaient songer à un néoplasme.

Pour éclaircir la question, M. Mouisset demandait un examen radioscopique, de façon à établir s'il existait de la rétention. Cet examen fut pratiqué le matin à jeun. A ce moment la palpation révélait un très léger clapotage, et si l'estomac n'était pas visible à l'écran, on voyait cependant au-dessous des crêtes iliaques une ombre grise arrondie, comme si le grand cul-de-sac contenait un peu de liquide.

Le bismuth gommé dessinait un estomac de forme très particulière, avec sténose médio-gastrique. Il y avait en haut un petit estomac diverticulaire, terminé par un cul-de-sac étroit dévié à gauche. De sa paroi latérale droite partait à quelques centimètres au-dessus un conduit étroit contourné qui aboutissait à un grand cul-de-sac arrondi, dilaté et abaissé, situé presque tout entier au-dessous des crêtes iliaques. Ce grand estomac

se contractait énergiquement, on voyait se dessiner sur son contour de grosses ondes lentes et profondes, mais on ne voyait pas fonctionner le pylore, aucune bouchée de bismuth ne s'échappait dans le duodénum, les contractions ne semblaient pas suivies d'effet.

La palpation sous l'écran montrait que le point douloureux correspondait exactement à la tumeur perçue, et à la naissance du point rétréci dans le diverticule supérieur. Deux nouveaux examens pratiqués 5 heures et 9 heures après l'ingestion du bismuth, montraient que le grand cul-de-sac contenait encore une notable quantité de bismuth. Il y avait donc certainement de la rétention. En raison de la distance assez grande qui séparait le pylore de la lésion médio-gastrique, on pouvait supposer que la rétention était provoquée par une autre lésion distincte, plus proche du pylore.

Le diagnostic fut donc résumé de la façon suivante : *Déformation gastrique avec aspect biloculaire et diverticulaire de l'estomac ; dilatation du grand cul-de-sac inférieur, avec rétention ; sténose incomplète du pylore probable ; possibilité de néoplasme en raison de l'hérédité et de l'amaigrissement ; mais ces réserves faites, il est infiniment probable qu'il s'agit d'ulcus multiples avec sténose médio-gastrique et sténose pylorique.*

Dans ces conditions une intervention chirurgicale s'imposait. Elle fut pratiquée par le docteur Delore le 23 novembre 1912 et confirma ponctuellement le diagnostic.

On trouva un ulcère calleux de la petite courbure adhérent au pancréas, cause de la biloculation. On fit la résection de tout l'estomac inférieur, section au-dessus de l'ulcère calleux et au-dessous du pylore. Suture à trois plans des deux tranches de l'estomac supérieur et du duodénum. Gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton, sur la face postérieure de l'estomac.

Sur la pièce enlevé on trouva un ulcère calleux perforant, avec une cavité de la grosseur d'une noisette et une énorme induration des parois. Là était le siège de la sténose médio-gastrique. Au voisinage du pylore existait la cicatrice indurée

d'un ancien ulcus guéri. Le pylore sténosé était assez serré pour ne laisser passer qu'avec peine le petit doigt.

L'intervention date maintenant de trois à quatre mois, la malade va bien ; elle s'alimente, digère tout en suivant un régime.

OBSERVATION 70. — F. 29 ans. Bonne santé habituelle. Pneumonie, La malade souffre après ses repas depuis 1904 ; ces douleurs s'accompagnent de vomissements, parfois sanglants. Il y a quatre ans, elle fut radioscopée par M. Destot, qui lui trouva un estomac biloculaire.

Elle entre le 19 novembre 1912, dans le service de M. Courmont, à la Croix-Rousse ; après examen, elle entre dans le service où elle est opérée le 28 décembre 1912.

On trouve un estomac biloculaire à grande poche inférieure. Des adhérences lâches unissent cet estomac au pancréas ; ces adhérences sont facilement libérées.

On résèque la poche inférieure, par le procédé Billroth II.
3 décembre 1912 : La malade a une température à 40.

4 janvier 1913 : On trouve du souffle à la base.

13 janvier 1913 : La malade retourne dans le service de M. Courmont.

23 mars 1913 : La malade part du service.

OBSERVATION 71. — H. 31 ans. *Histoire et diagnostic cliniques* : Ulcère prépylorique rebelle. Les troubles digestifs remontent à trois ans et consistèrent en périodes de vomissements alternant avec des périodes de bonne santé. Il y a 8 mois, le malade a présenté des hématomésos marc de café. Depuis cette époque, les vomissements sont fréquents, perte des forces, amaigrissement, pas de douleurs.

L'état général est assez bien conservé grâce à des lavages fréquents de l'estomac. Il y a du clapotage. Pas de tumeur à la palpation avant l'anesthésie ; mais sous anesthésie, on sent une tumeur pylorique, mobile avec les mouvements respiratoires.

Intervention (13 mars 1909). — L'estomac est dilaté. Il existe une tumeur prépylorique avec extension vers le pylore et quelques adhérences postérieure de la région prépylorique. Quelques ganglions coronaires sous et rétro-pyloriques.

Dans la crainte d'un ulcère dégénéré, gastro-pylorectomie par le procédé de Kocher. Après exérèse, la tranche gastrique est fermée par trois plans de catgut, puis le duodénum est abouché à la face postérieures de l'estomac par des sutures à la soie.

Durée de l'opération : une heure et quart.

Examen de la pièce. — Ulcération prépylorique avec induration de voisinage sur la largeur d'une pièce de cinq francs. Au centre de l'ulcération se trouve un bourgeon induré. L'ulcère est dépassé de 4 centimètres du côté de l'estomac et de 3 centimètres du côté du duodénum. Examen histologique : ulcère calleux.

Suites simples. — L'opéré quittait l'hôpital le 12 avril 1909. En février 1913, l'opéré se porte à merveille et remplit toutes les occupations de son métier.

OBSERVATION 72. — H. 36 ans. Le malade est envoyé pour une tumeur de la région épigastrique.

Dans les antécédents on note la fièvre typhoïde, pas de troubles gastriques antérieurs.

Depuis quatre mois, troubles digestifs ; manque d'appétit, lenteur des digestions ; pas de vomissements.

Après le repas, ballonnement et lourdeur de l'estomac.

Ces troubles sont allés en s'aggravant ; il y a trois mois, le malade s'est aperçu de sa tumeur.

Amaigrissement de 7 ou 8 kilos ; constipation ; dégoût pour la viande.

Examen. — Légère voussure médiane à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la tumeur est mobile ; pas de clapotage.

Intervention (14 avril 1913). — Gastrectomie. Billroth II au bouton.

La tumeur est dépassée d'un centimètre du côté duodénum et de 2 centimètres du côté estomac. Quelques ganglions rétro-pyloriques ; quelques adhérences au mésocôlon.

La pièce présente une énorme ulcération indurée sur la face antérieure et postérieure de l'estomac.

Suites opératoires. — Simples ; le malade fait un peu de θ° , avec souffle à la base gauche. Il quitte le service le 15 mai 1913.

OBSERVATION 73. — F. 34 ans. Il s'agit d'une malade qui a été opérée il y a 10 jours ; aussi, nous résumerons très brièvement.

Crampes d'estomac depuis 11 mois ; vomissements presque chaque matin. Il y a quelques jours, on constate une tumeur. Tumeur sus-ombilicale mobile ; clapotage. 7 mai 1913. Gastrectomie. Billroth II. La tumeur forme une ulcération circulaire ; elle est dépassée de 7 centimètres du côté estomac et de 3 centimètres du côté duodénal.

Le lendemain, la malade étant très faible, un lavage d'estomac retire des caillots ; depuis l'état est très satisfaisant.

La mortalité globale de cette série d'observations est de 17 morts pour 72 malades, soit de 23,6 %. La statistique très étendue de Leriche, qui porte sur 1.029 cas, donne 31,2 de mortalité opératoire. Mais ce qui nous a semblé intéressant dans notre série d'observations n'est pas le pourcentage total de la série.

Si au lieu de considérer la totalité des interventions, nous les divisons en quatre groupes, nous trouvons :

1^{er} groupe : 18 malades, 8 morts, soit 44,4 %;

2^{me} groupe : 18 malades, 6 morts, soit 33,3 %;

3^{me} groupe : 18 malades, 2 morts, soit 11,1 %;

4^{me} groupe : 18 malades, 1 mort, soit 5,5 %.

Il faut certainement attribuer une part de cette chute de la mortalité à un meilleur choix des malades, à une connaissance plus approfondie des indications. Le chirurgien apprend à hésiter, et tel cas qui lui semblait opérable au début, ne serait peut-être pas opéré par lui après une longue expérience.

Il faut admettre aussi que chez un opérateur spécialisé, les malades sont envoyés plus tôt.

Cependant, si ces facteurs influent, nous ne croyons pas que leur action soit assez efficace pour améliorer ainsi les résultats.

Il faut faire une part prépondérante à l'expérience que le chirurgien acquiert peu à peu dans sa technique. La gastrectomie est une opération qui demande un long apprentissage; certains détails semblent au début d'une importance relative; l'opérateur apprend à les apprécier à leur juste valeur. Les sutures des moignons gastrique et duodénal sont le point délicat de l'intervention.

La fistule gastrique ou duodénale est une complication fréquente et redoutable; elle tient à la mauvaise qualité des sutures, et l'on devrait pouvoir l'éviter.

Ces chiffres qui vont de 44 % à 6 % en suivant une régression régulière ne sont pas spéciaux à notre statistique. Voici celles que nous voulons mettre en parallèle :

Kocher, sur 141 gastrectomies, a une mortalité globale de 20 %.

Sur les 52 premières interventions, nous avons 34 %.

Sur les 45 de la seconde série, — 17 %.

Enfin, sur les 44 dernières, — 9 %.

Kapeller voit sa totalité passer de 36 % à 17 %.

Mayo a réduit sa mortalité globale de 14 % à 9 %.

Dans sa dernière série, on trouve une suite de 25 cas sans une seule mort.

CAUSES DE LA MORT. GÉNÉRALITÉS

Nous avons recherché ici les causes qui ont déterminé la mort de nos opérés dans les premiers jours après l'intervention.

Les opérés des interventions 1, 11, 13, 16, 33, ont succombé après une fistule soit duodénale soit gastrique (deux fistules gastriques et trois fistules duodénales).

Les opérés des observations 14 et 51 ont fait de la gangrène du colon.

Les opérés des observations 19, 24, 32 ont fait des complications pulmonaires.

Les opérés 10, 23, 46, 56 sont morts de shock, de cachexie.

Les opérés 18 et 36 sont morts avec des signes d'hémorragie.

Le malade de l'observation 3 est mort de péritonite.

La fistule compte donc une mortalité de 29 p. 100.

Les complications pulmonaires : 17 p. 100.

Le shock et la cachexie : 23 p. 100.

L'hémorragie : 11 p. 100.

Péritonite : 1 p. 100.

Il est évident que ce classement est arbitraire en ce qui concerne la péritonite, car tous les malades dont les sutures sont insuffisantes pourraient aussi être classés parmi les péritonites.

Le terme fistule dont nous nous servons veut dire pour nous sutures insuffisantes : nous l'employons pour des malades morts dans les premiers jours ; auxquels on a trouvé à l'autopsie le relâchement des sutures du moignon gastrique ou du moignon duodénal. Une chose frappe dans ces chiffres : c'est le pourcentage élevé que donnent les sutures insuffisantes.

Un autre fait est à noter : plus nous avançons dans la série, plus les fistules deviennent rares, et nous n'en retrouvons plus dans la seconde moitié des observations. Il est intéressant de mettre ce fait en valeur, surtout si nous recherchons comment les premières sutures furent assurées.

Nous avons recherché dans le service du professeur Poncet les observations des premiers malades que nous présentons ; dans quelques-unes le mode de suture est noté, le voici : Pour les 19 premiers malades, la plupart des sutures ont été faites à 2 plans, soit pour le duodénum soit pour l'estomac ;

il y a exception pour le huitième et le dix-huitième malade chez lesquels nous trouvons 3 plans pour l'estomac.

Quelques sutures furent faites à la soie dans cette série.

Parmi les malades suivants nous avons trouvé que l'estomac avait été suturé à 3 plans, mais que le duodénum n'avait reçu que 2 plans de suture, jusqu'à l'observation 36.

Depuis lors la technique que nous exposons au début a été rigoureusement suivie; la suture du moignon duodénal a été faite à 3 plans, avec péritonisation de la surface de décollement.

Il est à remarquer l'absence de fistules après cette manière de faire.

La chute de la mortalité, dans notre statistique, peut être attribuée en partie au soin avec lequel les sutures furent faites.

CAUSES DE LA MORT SUIVANT

CHAQUE COMPLICATION

1) *Péritonite consécutive à une suture insuffisante.* — Comme nous venons de le voir, c'est à cette cause qu'il faut attribuer 30 à 40 p. 100 des décès. Il est possible de faire mieux dans cette partie de l'opération et de diminuer ainsi sa mortalité d'un coefficient aussi élevé.

Les sutures lâchent rarement dans les premières heures; c'est du 3^e au 5^e jour que les signes de leur

insuffisance se manifestent. Souvent tout se passe sans que le liquide intestinal passe par la plaie cutanée; il y a alors soit péritonite, soit infection pulmonaire. Beaucoup de malade qui, dans les statistiques sont notés comme ayant succombé à une broncho-pneumonie ou à une péritonite ont été en réalité les victimes d'une suture insuffisante.

Nous avons décrit aussi minutieusement que possible la manière de suturer les moignons qui nous a paru donner le moins de chances de fistules.

Il faut surtout apporter tout le soin possible au moignon duodénal, le mobiliser pour le suturer plus à l'aise et enfouir la surface suturée en rattachant le duodénum au péritoine du bord supérieur de la surface de décollement.

C'est le duodénum en effet qui donne le plus fréquemment des complications au point de vue sutures.

Nous avons recherché dans la thèse de Leriche quels étaient dans les 1.239 malades réunis les malades pour lesquels la mort pouvait être attribuée à l'insuffisance des sutures; nous en avons trouvé 35 sur 156. Dans ces 156 morts, nous n'avons compris que ceux pour lesquels la cause probable de la mort était notée.

Il nous semble qu'à ces 35 cas il faut ajouter 8 cas d'abcès localisés autour du moignon gastrique ou moignon duodénal; car il semble que cette localisation sur la ligne de sutures ne soit pas le fait du hasard. Ce qui nous ferait une mortalité de 27 p. 100.

Czerny, dans sa statistique sur 10 péritonites, incrimine 3 fois les sutures ; et leur attribue 42 p. 100 de sa mortalité globale.

Il est fort probable que sur les 29 malades morts de péritonite cités dans la thèse de Leriche (et que nous n'avons pas portés comme malades ayant succombé avec des sutures insuffisantes), quelques-uns auraient pu figurer dans notre pourcentage.

2) *Gangrène du côlon.* — Deux de nos malades, les nos 14 et 51, ont succombé à de la gangrène du côlon.

Les tumeurs de la portion inférieure adhèrent au mésocôlon ; mais ici la résection doit être prudente, ou alors il faut non seulement réséquer le mésentère, mais encore la portion intestinale qu'il irrigue.

La malade de l'observation 14 avait eu une brèche mésocolique de la largeur d'une paume de main : à l'autopsie on a trouvé de la gangrène de l'angle droit du côlon, avec perforation.

Pour la seconde malade (61), on avait eu la précaution d'enlever outre le mésocôlon, une partie du côlon transverse ; cependant à l'autopsie on a trouvé une gangrène du côlon ascendant.

Dans la thèse de Leriche, nous avons relevé 8 cas de gangrène du côlon :

Les 190^e et 280^e malades avaient eu une résection du côlon à l'intervention ;

Le 192^e : résection d'une partie du mésentère : gangrène secondaire ; nouvelle intervention pour réséquer le côlon (12 centim.) ; mort ;

Le 206^e : abcès du moignon duodénal, décollement du mésocôlon, gangrène secondaire ;

Les 215^e,
- 574^e,
325^e,
et 690^e: } gangrène sans résection du mésocôlon
ni abcès mentionné.

Sur nos dix malades deux avaient eu une résection préventive et un une résection secondaire du côlon; peut-être les résections n'ont-elles pas été assez étendues.

3) *Complications pulmonaires.* — Nous avons perdu de complications pulmonaires les opérés 19, 24 et 32, seul le 19 a été autopsié. Nous sommes loin ici du pourcentage de certaines statistiques.

Sur les 156 morts dont les causes du décès sont notées parmi les observations de Leriche, nous trouvons 47 morts de lésions pulmonaires, ce qui fait du 30 p. 100; notre pourcentage est de 17 p. 100. Cependant, si l'on analyse les observations, nous trouvons aussi que, comme dans notre statistique, il manque à beaucoup le contrôle de l'autopsie. En effet, dans 26 décès sur 47, on n'a pas fait de vérification; en tout cas, le résultat n'est pas noté. Dans deux cas, l'examen du péritoine est positif; chez un malade, il est noté que la suture a été insuffisante. Dans 6 cas seulement, il est constaté que le péritoine était intact; dans les 10 cas qui restent, il n'en est pas parlé. Par conséquent, sur 47 morts, on peut se demander pour 36 quel était l'état du péritoine.

Nous ne voulons pas dire que la ligne de suture est en cause dans ces cas, mais qu'une infection partie de là est peut-être passée inaperçue. Un autre

fait nous a frappé, et c'est la fréquence des pneumonies dans quelques statistiques.

4) *Péritonite par infection opératoire.* — Nous avons un malade mort de péritonite suraiguë; une pince clamp avait lâché pendant l'intervention (Observ. 3).

Sur les morts de la statistique de Leriche, nous trouvons cette complication 29 fois, soit 18 p. 100.

Sur ces 29 cas, nous avons un cas dans lequel le liquide intestinal s'est répandu dans l'abdomen pendant l'intervention; 8 cas dans lesquels l'abcès s'est localisé autour du bouton ou de la ligne de sutures.

Trois cas dans lesquels il y avait à ce niveau péritonite localisée fibrineuse autour des sutures, sans abcès.

Pour les autres malades, ou bien l'autopsie n'a pas été faite, ou bien la péritonite était généralisée sans localisation spéciale.

Ici encore, il est bien probable que dans ces abcès collectes autour du bouton ou de la ligne de suture, un peu de liquide intestinal a pu filtrer.

AUTRES CAUSES : CHOC, HÉMORRAGIE, CŒUR

Parmi les malades morts de choc : quatre dans notre statistique. Deux étaient cachectiques et ne pouvaient supporter l'intervention. Du reste, ce terme explique les morts les plus diverses : ce sont

les malades qui meurent sans présenter de symptômes bien nets, soit du côté du péritoine, soit du côté du poumon.

L'hémorragie intra-gastrique nous a emporté deux malades. Ici encore, des sutures plus serrées auraient peut-être assuré l'hémostase. Le sang s'écoule rarement dans le péritoine, mais plutôt dans l'estomac, où il s'accumule en quantité considérable.

Quant au collapsus cardiaque qui est noté dans les observations chez des malades n'ayant pas de lésions signalées du cœur, il semble qu'il peut se rapprocher du choc.

La dilatation aiguë post-opératoire est le fait de l'hémorragie intra-gastrique, la plupart du temps. Ce sont des malades auxquels il faut laver l'estomac et mettre une sonde rectale.

L'OPERATION EN DEUX TEMPS

Nous venons de passer en revue tout ce qui vient compliquer l'intervention ; il nous reste à dire un mot d'une manière d'opérer qui donne d'excellents résultats chez les cachectiques et chez les sténosés.

On commence par faire une gastro-entéro-anastomose, et trois semaines après, on fait une gastrectomie.

L'estomac est alors accoutumé, l'état général est meilleur, et il est un fait certain, l'opération est moins « chocante ».

Nous présentons neuf malades opérés de cette manière : les numéros 1, 28, 32, 37, 38, 40, 47, 51, 65.

Nous en avons perdu trois : 1, 32, 51.

Le malade 32 était anémié par une hématoméose très considérable. Quant à la dernière malade, elle avait une tumeur dont la résection amena celle de la moitié du côlon. Il faut noter aussi que cette manière d'opérer s'adresse surtout à des cachectiques ou à des malades affaiblis par une sténose préalable très serrée.

Les résultats sont tels, qu'il semble que cette intervention en deux temps doive devenir de plus en plus fréquente. Le malade se fera quelquefois prier pour la seconde intervention, mais il suffit d'avoir un peu d'autorité sur lui.

Leriche, dans sa thèse, a réuni 20 cas d'intervention en deux temps, avec 5 morts par fistule.

CONCLUSIONS

I. La gastrectomie est une opération dont la gravité peut être égale ou peu supérieure à celle de la gastro-entéro-anastomose pour cancer.

II. Les résultats sont intimement liés au perfectionnement de la technique opératoire, et s'améliorent avec cette technique.

III. L'opération en deux temps donne d'excellents résultats et devrait voir ses indications s'étendre.

IIII. Le malade qui a subi une résection de l'estomac est rendu complètement à la vie normale; la guérison opératoire est parfaite, tant au point de vue douleurs qu'au point de vue bon fonctionnement de l'appareil digestif.

Le Président de la Thèse,
AUG. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 mai 1913.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- LERICHE. — Thèse Lyon. 1905-1906.
- BÉRARD. — *Lyon médical*, 1905.
- DELORE. — *Lyon médical*, 1903-1904-1905.
- DELORE et ALAMARTINE. — *Lyon chirurgical*, août 1909.
- PATEL-GAYET. — *Archives générales de médecine*, 1904.
- TIXIER. — Six ans de chirurgie gastrique. *Lyon chirurgical*,
1^{er} mars 1909.
- HARTMANN. — *Chirurgie gastro-intestinale*, 1901.
- PONCET et DELORE. — *Bulletin Académie de médecine*, 1905.
Juillet.
- LERICHE. — Mobilisation du duodénum. *Lyon médical*, 1906.
Fistules gastriques. *Lyon médical*, 1905.
- DELORE et LERICHE. — *Lyon médical*, 1908.
- KUTTNER. — *Münchener Wochenschrift*, 1912.
- HARTMAN et CUNEO. — Technique opératoire. *Presse médicale*,
31 mars 1900.
- MAYO. — *Journal of The american association*, t. LIV, n° 20.
- CZERNY. — *Deuxième Congrès de Soc. int. de chirurgie*.
Bruxelles, 1908.
- KOCHER. — *Centralblatt für chirurgie*, 1903.
- MATHIEU SENCERT TUFFIER. — *Traité chirurgical des maladies
de l'estomac*.
-

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	7
TECHNIQUE OPÉRATOIRE.....	9
Exploration.....	9
Hémostase avant la première section.....	10
Première section de l'estomac.....	11
Suture du moignon cardiaque.....	11
Gastro-entéro-anastomose.....	12
Hémostase avant la seconde section.....	13
Seconde section : section du duodénum.....	13
Mobilisation du duodénum.....	14
Suture du duodénum.....	14
Péritonisation de la surface de décollement duodénal.....	15
Suture de la paroi.....	15
Soins post-opératoires.....	15
OBSERVATIONS.....	17
Causes de la mort. Généralités.....	70
Causes de la mort suivant chaque complication....	72
Autres causes : choc, hémorragie, cœur.....	76
L'OPÉRATION EN DEUX TEMPS.....	77
CONCLUSIONS.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81

